

Radke, Nicole

Matrikel: 27734

Alkoholabhängigkeit im Alter

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Erstprüfer:
Zweitprüfer:

Prof. Dr. phil. Wedler
Prof. Dr. phil. Hille

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	IV
Alkoholabhängigkeit im Alter	1
Einleitung	1
1 Definitionen	3
1.1 Sucht.....	3
1.2 Alkoholismus.....	3
1.3 Alter	4
1.4 Alkohol im Alter	5
2 Statistiken zum Alkoholkonsum	6
2.1 Zahlen des jährlichen Alkoholmissbrauchs	6
2.2 Gesundheits- und volkswirtschaftliche Kosten	6
3 Symptome und Folgeschäden	8
3.1 Veränderungen des Stoffwechsels	8
3.2 Symptome erkennen.....	8
3.3 Folgeschäden aufgrund des Alkohols im Alter	10
4 Kooperation zwischen Renten- und Krankenversicherung.....	12
5 Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten	15
5.1 Hilfe zur Selbsthilfe	15
5.2 Ambulante Institutionen	16
5.2.1 niedergelassene Ärzte	16
5.2.2 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen	16
5.2.3 Gesundheitsamt.....	17
5.2.4 Beratung durch Rehabilitationsträger	17
5.2.5 ambulante medizinische Rehabilitation.....	17

5.3 Stationäre Einrichtungen.....	18
5.3.1 Allgemeinkrankenhäuser	18
5.3.2 Übergangseinrichtungen.....	18
5.3.3 Soziale Rehabilitation	18
5.3.4 Qualifizierte Entzugseinrichtungen	19
5.3.5 Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation	19
6 Antragsverfahren und Kostenübernahme	20
6.1 Antragsverfahren	20
6.2 Kostenübernahme für Suchtkranke.....	21
6.3 Defizite in der Versorgung	23
7 Möglichkeiten zur Suchtbewältigung	24
7.1 Beratung	24
7.2 Entzug.....	25
7.3 Entwöhnung.....	27
7.4 Nachsorge	29
8 Substanzbezogene Störungen im Alter, explizit im Altlandkreis Döbeln	31
8.1 Vorstellung der Suchtberatungs- und -behandlungsstelle Döbeln	31
8.2 Zielgruppen in Mittelsachsen	32
8.3 Vernetzung der Diakonie Döbeln	33
8.3.1 Fachkrankenhaus Hochweitzschen	33
8.3.2 Amt für Arbeit und Beschäftigungsförderung	33
8.3.3 Gesundheitsamt.....	33
8.3.4 Jugendamt.....	34
8.3.5 niedergelassene Ärzte	34
8.3.6 Bewährungshelfer/Jugendgerichtshilfe	34

9 Prävention.....	35
9.1 Definition.....	35
9.2 Rückfallprävention S.T.A.R.....	36
9.3 Watch.....	37
9.4 Psychotherapeutische Klinik in Bad Liebenwerda	37
10 Schlussteil.....	39
Literaturverzeichnis	42
Quellenangaben	42
Rechtsquellen	43
Internetquellen	43
Anhang.....	47
Selbständigkeitserklärung	68

Abkürzungsverzeichnis

A ...	Anhang ...
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Sucht
DSM-IV	Klassifikationssysteme psychischer Störungen
ICD 10	Internationale statistische Klassifikation
MdK	Medizinischer Dienst der Krankenkasse
SGB	Sozialgesetzbuch
slsev	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Alkoholabhängigkeit im Alter

Einleitung

Im Studium der Sozialen Arbeit wurde übergreifend vom fünften zum sechsten Semester ein Projekt der integrierten Versorgung explizit für alkoholranke Personen durchgeführt. Dieses Vorhaben wurde von der Krankenkasse der IKK Nord in Rostock realisiert. In diesem Rahmen besuchte unser Studienjahrgang in Rostock und Umgebung eine Entzugsklinik und eine Rehabilitationseinrichtung. In diesen Institutionen bekamen die Studenten die Möglichkeit, persönliche Gespräche mit den Patienten und den Fachkräften zu führen. In diesem Zusammenhang ergab sich für den Verfasser die Frage, ob im Alter eine Alkoholabhängigkeit wesentlich ausgeprägter ist als die im Jugend- und Erwachsenenalter. Diese Problematik wurde aufgrund der eigenen Erfahrungen mit Jugendlichen in der offenen Kinder- und Jugendarbeit nicht deutlich. Somit war es für den Verfasser wichtig, herauszufinden, ob im Alter eine erhöhte Alkoholsucht besteht. Es wäre für den Schreiber vorstellbar, eine berufliche Umorientierung anzustreben um mit suchtkranken Personen arbeiten zu können.

Der Gebrauch von Alkohol wird schon seit der Zeit der Antike als Heilmittel genutzt und ist bis heute ein zweifelhaftes Getränk. Einerseits ist der Alkohol als gefährliche Droge bekannt und andererseits wird er als Rauschmittel, Genussmittel und als Gift definiert.¹

In Deutschland werden alkoholische Getränke zu sich genommen, ob im Alltag oder bei Feierlichkeiten aller Art. Laut der Deutschen Hauptstelle für Sucht [DHS] verzehren 9,5 Millionen Menschen in Deutschland Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Pro Kopf werden jährlich zehn Liter reinen Alkohols konsumiert.² 400.000 ältere Menschen sind von einem Alkoholproblem in Deutschland betroffen.³

¹ Vgl. Feuerlein, Alkoholismus: Missbrauch und Abhängigkeit, 4. Aufl., Stuttgart 1989, S.1

² Vgl. <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-situation-in-deutschland.html> [13.09.13, 14:00 Uhr]

³ Vgl. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Alkohol_im_Alter_2008.pdf [17.09.13, 15:00 Uhr]

Etwa 1,3 Mio. Menschen gelten als alkoholabhängig und rund 2,0 Mio. Menschen weisen einen Alkoholmissbrauch auf. Nur etwa zehn Prozent unterziehen sich einer Therapie.⁴

Im Jugend- und Erwachsenenalter konsumieren 54,9% der Männer und 36% der Frauen Alkohol. Im Alter ab 60 Jahren weisen 41,6% der Männer und 25,6% der Frauen ein riskantes Trinkverhalten auf.⁵

Der folgende Bericht bezieht sich auf Statistiken, volkswirtschaftliche Kosten sowie Kostenübernahme für Suchtkranke in Deutschland, Sachsen und dem Altlandkreis Döbeln, Mittelsachsen. Zu Beginn werden die Begriffe der Sucht, des Alkoholismus und der Alkoholabhängigkeit im Alter definiert. Ebenso wird das gemeinsame Rahmenkonzept der deutschen Rentenversicherung und der deutschen Krankenversicherung bzgl. der Nachsorge für alkoholranke Personen erörtert. Anhand des Fachkrankenhauses in Hochweitzschen werden auf die Begrifflichkeiten von Entzug, Entwöhnung und Nachsorge eingegangen. Des Weiteren werden die ambulanten und stationären Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Abschließend werden die Präventionsmaßnahmen sowie die Diakonie Döbeln anhand ihrer Konzeption näher vorgestellt.

⁴ Vgl. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen 2012, S. 2

⁵ Vgl. <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-situation-in-deutschland.html> [13.09.13, 14:00 Uhr]

1 Definitionen

Im nachfolgenden Kapitel werden zum besseren Verständnis die Begrifflichkeiten von Sucht, Alkoholismus [Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit] sowie Alter und Alkohol im Alter näher erläutert.

1.1 Sucht

Im Fachlexikon der Sozialen Arbeit wird Sucht wie folgt definiert:

Es handelt sich um den Gebrauch von bestimmten Substanzen, die in drei verschiedene Kategorien eingeteilt werden. Zum einen handelt es sich um die tolerierten Drogen, wie beispielsweise Kaffee, Tee, Nikotin und Alkohol. Zum zweiten werden bestimmte Drogen ärztlich verordnet, z.B. zur Schmerzlinderung. In der dritten Kategorie werden die illegalen Drogen zusammengefasst. „Die Substanzabhängigkeit Sucht wird nach dem DSM-IV, Klassifikationssysteme psychischer Störungen definiert, als eine körperliche Abhängigkeit, nachgewiesen entweder durch Toleranz- oder Entzugerscheinung“.⁶ Toleranz bedeutet, dass die Dosis gesteigert werden muss, um den gleichen Effekt zu erzielen. Ebenso wird im Fachlexikon die Sucht als Krankheit beschrieben und ist in der Sozialversicherung rechtlich verankert. „Das bedeutet, dass Rentenversicherungsträger und Krankenversicherung die Behandlungskosten übernehmen müssen. Liegen die sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht vor, hat der Träger der Sozialhilfe einzutreten“.⁷

1.2 Alkoholismus

Im Fachlexikon der Sozialen Arbeit steht, dass der Begriff des Alkoholismus seit mehr als 100 Jahren im deutschen Sprachgebrauch verwendet wird. „Die Weltgesundheitsorganisation [WHO] benutzt seit vielen Jahren den Begriff der Abhängigkeit jeweils in Verbindung mit der missbrauchten Substanz. Von der Abhängigkeit werden die Begriffe des riskanten und schädlichen Konsums voneinander abgegrenzt.“

⁶ Vgl. Nomos, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden 2007, S. 952

⁷ Nomos, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden 2007, S. 952

Darunter versteht man einen Zustand, in dem noch keine Abhängigkeit eingetreten ist, jedoch Schäden im gesundheitlichen oder sozialen Bereich nachweisbar sind“.⁸ Somit wird von substanzbezogenen Risiken und Problemen gesprochen.

Des Weiteren wird im Lexikon der sozialen Arbeit Abhängigkeit von Wanke wie folgt definiert: „Abhängigkeit als ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und die sozialen Chancen eines Individuums“.⁹

Ebenso wird im Fachlexikon der Sozialen Arbeit die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme [ICD] der WHO definiert¹⁰. Das Alkoholabhängigkeitssyndrom [ICD-10] umfasst die verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf Menge, Beginn oder Ende des Konsums, sowie die körperlichen Entzugerscheinungen bei Konsumstopp oder Konsumreduktion. Ebenso geht es um die Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums oder um einen erhöhten Zeitaufwand die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen. Einschließlich des anhaltenden Substanzkonsums trotz eindeutig schädlicher Folgen.¹¹

1.3 Alter

Der Verfasser nutzt für das weitere Verständnis folgende Definition für das Alter. Im Handbuch der Sozialen Arbeit ist Alter nur in Verbindung mit dem abhängigen Alter definiert. Das heißt, es wird in Beziehung mit dem Altern gebraucht¹². Im Duden wird Alter als eine höhere Anzahl von Lebensjahren bzw. lange Zeit des Bestehens erläutert und als Synonym wird Rentenalter verwendet.¹³

⁸ Nomos, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden 2007, S. 13

⁹ Nomos, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden 2007, S. 13

¹⁰ Vgl. Nomos, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden 2007, S. 479

¹¹ Vgl. <http://www.suchtmr.de/index.php?id=140> [12.10.13, 16:15 Uhr]

¹² Vgl. Otto; Thiersch, Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik, 3. Aufl., München 2005, S. 30

¹³ Vgl. http://www.duden.de/rechtschreibung/Alter_Lebensabschnitt [21.10.13, 17:00 Uhr]

Somit wird im § 35 SGB VI die Regelaltersrente wie folgt erklärt:

Die Versicherten haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie

(1) die Regelaltersgrenze erreicht und

(2) die allgemeine Wartezeit erfüllt

haben. Die Regelaltersgrenze wird mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht.¹⁴

1.4 Alkohol im Alter

Dieser Abschnitt stützt sich weitergehend auf die Kerngedanken der Deutschen Hauptstelle für Sucht [DHS]. Sie besagt, dass die Reaktionsweisen des Körpers auf Alkohol sich im Alter stark ändern, denn die Alkoholverträglichkeit nimmt ab.

„Das liegt u.a. daran, dass die Nervenzellen allein zum Abbau des Alkohols rund 80 Prozent des Zellsauerstoffes benötigen“.¹⁵ Das ist umso schwerwiegender, da die Fähigkeit des Körpers, Sauerstoff aufzunehmen, mit zunehmendem Alter ohnehin zurückgeht.¹⁶

Aufgrund des Erkrankungsbeginnes mit der Problematik Alkohol, werden im Alter drei Gruppen klassifiziert. Laut der DHS werden die Begriffe Early-onset als zahlenmäßig kleinste Gruppe definiert, denn diese Alkoholiker haben frühzeitig begonnen zu trinken. Trotz der verbundenen gesundheitlichen Risiken haben diese Personen ein höheres Lebensalter erreicht. Des Weiteren gibt es die Gruppe der Late-onset. Diese Personen haben sich in ihrem Leben sozial integriert. Sie haben erst im höheren Alter angefangen zu trinken. Die dritte Gruppe wird als Rezidiv-Alkoholiker beschrieben. Hier spricht man von einer sehr kleinen Gruppe, denn diese Menschen waren bereits alkoholabhängig. Sie lebten mit der Krankheit erfolgreich abstinent und wurden erst im hohen Alter wieder rückfällig.^{17 18}

¹⁴ Vgl. § 35 SGB VI

¹⁵ http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Alkohol_im_Alter_2008.pdf
[17.09.13, 14:00 Uhr] S.2

¹⁶ Vgl. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Alkohol_im_Alter_2008.pdf
[17.09.13, 14:00 Uhr] S.2

¹⁷ Vgl. DHS, Substanzbezogene Störungen im Alter (Informationen und Praxishilfen), 5. Aufl., S. 23

¹⁸ Vgl. http://www.alzheimer-nrw.de/files/downloads/krankheitsbilder_sucht_im_alter.pdf
[17.09.13, 15:00 Uhr]

2 Statistiken zum Alkoholkonsum

Im nachfolgenden Abschnitt wird auf den Verzehr, die Sterberaten und die volkswirtschaftlichen Kosten von Deutschland und Sachsen auf Grund des Alkoholkonsums näher eingegangen.

2.1 Zahlen des jährlichen Alkoholmissbrauchs

Im Jahrbuch Sucht von 2013 ist definiert, dass jedes Jahr in Deutschland die Gesamtbevölkerung 9,6 Liter reinen Alkohol verzehrten und 74.000 Menschen an den indirekten oder direkten Folgen des Missbrauchs starben.¹⁹ In Sachsen hingegen zeigt sich laut der sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. [slsev], dass 65.000 Menschen eine Alkoholabhängigkeit und 103.000 Personen einen Alkoholmissbrauch aufweisen. Im Jahr 2011 sind an den Folgen der alkoholbedingten Erkrankungen insgesamt 1.068 Personen verstorben.²⁰ Im Landkreis Mittelsachsen [Altlandkreis Döbeln] nutzten 2012 insgesamt 471 Klienten, im Alter zwischen 14 und 67 Jahren, ein Erstberatungsgespräch der Diakonie Döbeln.²¹

2.2 Gesundheits- und volkswirtschaftliche Kosten

Die Kosten der Volkswirtschaft belaufen sich in Hinsicht des Alkoholkonsums in ganz Deutschland auf 26,7 Milliarden Euro.²² Alleine 7,4 Milliarden Euro davon sind die direkten Kosten für das Gesundheitssystem.²³ Die jährlichen Gesamtkosten werden in Sachsen auf 1,4 Milliarden Euro geschätzt. Somit sind die Kosten der Volkswirtschaft alkoholbedingter Störungen sehr hoch.

¹⁹ Vgl. DHS, Jahrbuch Sucht 13, Lengerich 2013, S. 36

²⁰ Vgl. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen 2012, S. 2, 8

²¹ Vgl. Diakonie Döbeln, Jahresbericht 2012, S. 3

²² Vgl. DHS, Jahrbuch Sucht 13, Lengerich 2013, S. 36

²³ Vgl. <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-situation-in-deutschland.html> [13.09.13, 21:00 Uhr]

„Dies ergibt sich aus den indirekten Aufwendungen, z.B. auf Grund von Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung, sowie aus den direkten Behandlungskosten [ambulante, stationäre und Rehabilitationsbehandlung]“.²⁴

Jährlich bezahlt die Krankenversicherung 88 Millionen Euro für stationäre Behandlungen wegen alkoholbedingten Krankheiten. Nicht nur für die Krankenkassen sind die Kosten enorm hoch, sondern auch für das Sozial- und Gesundheitssystem. Therapien und Nachsorge sind kostenintensiv, somit sind Präventionen wichtige Strategien im Versorgungssystem.²⁵

²⁴ Vgl. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen 2012, S. 8

²⁵ Vgl. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen 2012, S. 9, 12

3 Symptome und Folgeschäden

In dem nachfolgenden Kapitel werden die Veränderung des Stoffwechsels, die Erkennung der Symptome und die Folgeschäden aufgrund des Alkoholismus näher beschrieben. Dazu werden die Erkenntnisse der DHS zu Grunde gelegt.

3.1 Veränderungen des Stoffwechsels

Diabetes, regelmäßige Medikamenteneinnahme, Übergewicht, Veranlagung zu Herz-Kreislauf Erkrankungen und Rauchen sind Risikofaktoren für die Gesundheit. Besonders schädlich ist der übermäßige Verzehr von Alkohol.

Laut der DHS dringt der Alkohol über die Schleimhäute von Magen und Dünndarm schnell in die Blutbahn. Die Substanz wird mit dem Blutstrom gleichmäßig im gesamten Organismus verteilt. Im Körper übernimmt zu 90-95 % die Leber den Abbau des Alkohols. In allen wasserhaltigen Körperflüssigkeiten und Geweben löst sich der Alkohol auf. Im höheren Lebensalter hat die Abnahme der Alkoholverträglichkeit eine ähnliche Ursache, denn die Körperzellen können Wasser nicht mehr speichern. Somit sinkt der Flüssigkeitsgehalt des Körpers. „Dieselbe Menge getrunkenen Alkohols führt deshalb im höheren Lebensalter zu einer größeren Alkoholkonzentration im Blut mit entsprechend stärkerer Wirkung, als im jungen oder mittleren Erwachsenenalter“.^{26 27}

3.2 Symptome erkennen

Personen mit einem Alkoholproblem anzusprechen erweist sich laut der DHS als schwierig. Des Weiteren sind nicht alle Symptome eindeutig, z.B. Fehlnahrung, Stimmungsschwankungen, Appetitverlust, Schwindel, Durchfälle, Vorerkrankung, Sturz, insbesondere wiederholte Stürze. Aber auch Interessenlosigkeit, Vernachlässigung des Äußeren und des Haushaltes können Symptome von Alkoholproblematiken sein. Aufgrund des regelmäßigen Konsums können kognitive Defizite, Gesichtsröte, nachlassende geistige Leistungsfähigkeit, mangelnde Aufmerksamkeit und mangelnde Konzentration entstehen.

²⁶ Vgl. http://www.unabhaengig-im-alter.de/fileadmin/user_upload/dhs/pdf/SubSt%C3%B6rungenAlter_web.pdf [16.09.13, 16:45 Uhr] S. 21

²⁷ Vgl. DHS, Substanzbezogene Störungen im Alter (Informationen und Praxishilfen), 5. Aufl., S. 21

Die DHS besagt, dass einige Krankheitszeichen nicht zu übersehen sind, z.B. häufig eine Fahne zu haben bzw. Lallen und Torkeln. Diese Anzeichen können auf altersbedingte Veränderung oder alkoholbedingte Folgeschäden basieren. Oft lange unbemerkt bleiben Alkoholprobleme im Erwachsenenalter sowie bei älteren Menschen.^{28 29} Somit spielt bei Alkoholproblemen auch die Co-Abhängigkeit eine große Rolle.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] definiert Co-Abhängigkeit wie folgt: „Das Erkennen eines Alkoholproblems wird erschwert, weil die Partner eine zentrierte Rolle einnehmen und die Sucht durch ihr Tun zusätzlich fördern. Alkoholabhängigkeit hat auch für die Menschen, die dem Abhängigen nahestehen, tiefgreifende Folgen. Besonders betroffen sind vor allem Ehe- oder Lebenspartner und Kinder. Häufig leiden diese mehr unter der Alkoholabhängigkeit als der oder die Abhängige selbst. Ihre Belastungen sind groß, die Sorge um die Gesundheit des Partners oder Elternteils oder sogar um sein/ihr Leben. Die ständige Überforderung, finanzielle Schwierigkeiten, Vereinsamung und oft Gewalt oder auch sexueller Missbrauch durch männliche Alkoholabhängige.“

Viele Angehörige, die die Folgen von Alkohol und Alkoholabhängigkeit zu spüren bekommen, schämen sich und erzählen niemandem von ihrem Leid. Insbesondere Frauen bemühen sich jahrzehntelang, den Schein zu wahren und den Partner zu unterstützen. So entwickelt sich ein Leben, das völlig von der Abhängigkeit des Partners gesteuert wird.

Eine sogenannte Co-Abhängigkeit entsteht. Auch körperlich hinterlässt die Abhängigkeit ihre Spuren bei den Angehörigen, Nervosität und Schlaflosigkeit, Magenerkrankungen, Migräne, Depressionen bis hin zur eigenen Alkoholabhängigkeit sind typische Folgen“.³⁰

²⁸ Vgl. http://www.unabhaengig-im-alter.de/fileadmin/user_upload/dhs/pdf/SubSt%C3%B6rungenAlter_web.pdf [21.09.13, 18:00 Uhr] S. 25

²⁹ Vgl. DHS, Substanzbezogene Störungen im Alter (Informationen und Praxishilfen), 5. Aufl., S. 25

³⁰ Vgl. <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/angehoerige-und-co-abhaengigkeit/> [22.11.13, 18:10 Uhr]

Des Weiteren benennt die DHS, dass ältere Menschen mit Alkoholproblemen, wenn sie vermutet oder wahrgenommen werden, oft mit Vorurteilen kämpfen müssen. Eine weitere Auffassung ist auch, dass eine Änderung der Trinkgewohnheiten sich im höheren Lebensalter nicht mehr lohne. Ältere Menschen können aber ihr Verhalten ändern bzw. sind dazu fähig, denn selbst wenn ältere Menschen eine Behandlung in Anspruch nehmen, sind ihre Erfolgschancen genauso gut wie bei den jüngeren Patientinnen und Patienten.^{31 32}

3.3 Folgeschäden aufgrund des Alkohols im Alter

Laut der BZgA werden Männern und Frauen im höheren Erwachsenenalter mit anderen Alkoholfolgeschäden definiert, als Personen in jüngeren Jahren.

Der Alkohol wird im gesamten Körper aufgenommen, angefangen in der Mundschleimhaut. Der Alkohol geht direkt in das Blut über und wird im gesamten Körper, einschließlich des Gehirns, verteilt. Ein Teil wird schon im Magen resorbiert und der Rest im Dünndarm. Der im Magen und Darm aufgenommene Alkohol wird mit dem Blut in die Leber transportiert, wo er teilweise abgebaut wird. Ein sehr geringer Teil des aufgenommenen Alkohols wird unverändert über Urin, Schweiß und Atemluft ausgeschieden. Wie schon erwähnt, wird in der Leber der Hauptteil des Alkohols abgebaut. "Die Leber kann bei erheblich gesteigertem, regelmäßigem Konsum ihre Abbauaktivität in geringem Maße anpassen. Das Zwischenprodukt Ethanal ist für die so genannten Kater-Symptome wie Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen mitverantwortlich. Der Abbau des Ethanals wird durch Zucker gehemmt, daher ist der Kater bei süßen alkoholischen Getränken, insbesondere Likör, Bowle und manchen Sektsorten besonders intensiv".³³

Ebenfalls sind mit Folgeschäden, z.B. Verfettung und Verhärtung der Leber, zu rechnen. Der regelmäßige Gebrauch von zu viel Alkohol kann zu einer Leberzirrhose führen.

Außerdem baut die weibliche Leber den Alkohol viel schlechter ab und ist deshalb besonders gefährdet. Des Weiteren wird durch den Verzehr von übermä-

³¹ Vgl. http://www.unabhaengig-im-alter.de/fileadmin/user_upload/dhs/pdf/SubSt%C3%B6rungenAlter_web.pdf [21.09.13, 19:00 Uhr] S. 26

³² Vgl. DHS, Substanzbezogene Störungen im Alter (Informationen und Praxishilfen), 5. Aufl., S. 26

³³ Vgl. <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/schaedlicher-konsum/gefahren-und-folgen/> [22.11.13, 14:30 Uhr]

ßigem Alkohol das Gehirn massiv beschädigt, denn schon bei einem einzelnen Rausch sterben Millionen von Gehirnzellen ab.

Aufgrund des hohen Gebrauchs von Alkohol nehmen zuerst die Gedächtnisleistungen und dann das Konzentrationsvermögen ab. Bei permanentem Missbrauch führt es sogar zu einem völligen geistigen Abbau.

Durch den Alkohol erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für Herzmuskerkrankungen und Bluthochdruck. Ebenso ist Alkohol der Grund für Entzündungen der Bauchspeicheldrüse und Entzündungen der Magenschleimhaut. Des Weiteren verringert Alkohol die Potenz und vermindert die sexuelle Erlebnisfähigkeit bei Männern und Frauen. Außerdem wird bei ständigem Alkoholkonsum die Persönlichkeit verändert. Folgen davon können Unzuverlässigkeit, Reizbarkeit, Unruhe, übertriebene Eifersucht, vielfältige Ängste, Entzugserscheinungen, Depressionen, bis hin zu Selbstmordgedanken sein.³⁴

³⁴ Vgl. <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/schaedlicher-konsum/gefahren-und-folgen/>
[18.11.13, 17:00 Uhr]

4 Kooperation zwischen Renten- und Krankenversicherung

Am 24. Oktober 2013, wurde mit der AOK Plus Sachsen und Thüringen in der Außenstelle Hartha ein detailliertes Gespräch geführt. In diesem Kontext wurden die aktuellen Versorgungsverfahren thematisiert. Die gegenwärtige Versorgung in Deutschland ist standardisiert und somit wurde ein gemeinsames Rahmenkonzept der deutschen Rentenversicherung und der deutschen Krankenversicherung definiert.³⁵

Im Fachlexikon der sozialen Arbeit steht, dass für die Entzugsbehandlungen die Krankenversicherungsträger und für die Entwöhnungsbehandlungen die Rentenversicherungsträger zuständig sind.³⁶

Im § 40 SGB V sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitationen verankert. § 40 SGB V beinhaltet folgendes:

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; für pflegende Angehörige gilt dies nicht, wenn sie eine andere zertifizierte Einrichtung wählen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch.

³⁵ Vgl. RK, Suchtnachsorge 2012, S. 1-9

³⁶ Vgl. Nomos, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden 2007, S. 952

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3 072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.

(4) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 des Sechsten Buches solche Leistungen nicht erbracht werden können.

(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(6) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) Indikationen fest, bei denen für eine medizinisch notwendige Leistung nach Absatz 2 die Zuzahlung nach Absatz 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne dass es sich um Anschlussrehabilitation handelt. Vor der Festlegung der Indikationen ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgebenden Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.³⁷

³⁷ Vgl. § 40 SGB V

5 Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten

Laut dem Jahrbuch Sucht von 2013 gibt es in Deutschland eine umfangreiche Versorgung. Deutschlandweit sind die Möglichkeiten für suchtkranke Menschen, eine Behandlung durchzuführen, gut ausgeprägt. Suchtberatungsstellen übernehmen im System der Suchtkrankenhilfe wesentliche Aufgaben, nicht nur im Bereich der Suchtberatung und Suchtbehandlung, sondern auch hinsichtlich der vernetzenden Arbeit.³⁸ Ebenso ist die Hilfe zur Selbsthilfe ein wichtiger Faktor, dies wird in den nachfolgenden Punkten näher erklärt. Des Weiteren werden die ambulanten und stationären Einrichtungen definiert.

5.1 Hilfe zur Selbsthilfe

Laut dem Fachlexikon der Sozialen Arbeit wird Hilfe zur Selbsthilfe folgend definiert: „Selbsthilfe realisiert sich einerseits in den Lebenskreisen des privaten Alltags als Beobachtung, Bearbeitung und Bewältigung eigener Sorgen aus eigener Kraft bzw. gemeinsamer Probleme mit gemeinsamer Anstrengung. Andererseits bedeutet die Problemlösungs- und Problembearbeitungsfähigkeit organisierte Selbsthilfe, eine selbstbewusste Alternative zu offiziell und professionell organisierter Fremdhilfe“.³⁹ „Lebenskrisen, die das Selbstverständliche des Gewohnten sprengen, führen zur Überlastung und Überforderung der privaten Lebenskreise, wobei sich der Problemdruck durch die strukturelle Enge und Schwäche des privaten Alltags oft noch verschärft. Als Alternative organisieren sich dann Selbsthilfegruppen, oft bewusst außerhalb der alltäglichen Routinen, um spezielle Probleme zu besprechen“.⁴⁰

Laut dem Jahrbuch Sucht 2013 ist die Selbsthilfe ein wichtiger Bestandteil im System der Suchthilfe, doch sie basiert auf Freiwilligkeit ihrer Mitglieder. Die Selbsthilfe erfolgt ohne Zuweisung oder Kontrolle, sie ist ergänzend zur professionellen Hilfe. Das Handlungsprinzip basiert auf der Hilfe zur Selbsthilfe in einer Gruppe mit offenen Gesprächen der Betroffenen.

³⁸ Vgl. DHS, Jahrbuch Sucht 13, Lengerich 2013, S. 181, 189

³⁹ Nomos, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden 2007, S. 810

⁴⁰ Nomos, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden 2007, S. 810

Die Gruppenmitglieder lernen durch den Austausch mit Anderen ihren Alltag ohne Suchtmittel zu bewältigen und tiefer liegende Probleme zu klären.

Das Rückfallrisiko wird durch einen regelmäßigen Besuch gemindert und die Chancen einer dauerhaften Stabilisierung erhöht.⁴¹

5.2 Ambulante Institutionen

Im Fachlexikon für Soziale Arbeit steht, dass laut SGB V die ambulanten und stationären Einrichtungen voneinander getrennt werden. Somit werden die ambulanten Leistungen durch den niedergelassenen Arzt übernommen. In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die ambulanten Versorgungen von den Vertragsärzten geleistet.⁴²

Im Jahrbuch Sucht von 2013 werden die kommenden ambulanten Einrichtungen wie folgt definiert:

5.2.1 niedergelassene Ärzte

Als erste Anlaufstelle für suchtkranke Personen werden die niedergelassenen Ärzte erwähnt. Des Weiteren besagt das Jahrbuch Sucht, dass die Ärzte eine besondere Verantwortung haben, wenn es um die Früherkennung und die Intervention geht. Diagnosen, Therapien sowie die Folgen des Alkoholkonsums und die Abhängigkeitsproblematik zu thematisieren, sind die wichtigsten Aufgaben der ansässigen Ärzte.

5.2.2 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen

Eine weitere ambulante Einrichtung sind die Suchtberatungs- und Behandlungsstellen für alkoholranke Menschen. Diese Stellen haben ihre Aufgaben in der Beratung und Betreuung von Abhängigkeitserkrankten. „Die dort beschäftigten Fachkräfte unterstützen Betroffene beim Aufbau der Motivation, Hilfen anzunehmen, erarbeiten Hilfepläne und das vermitteln in weiterführende Angebote [soziale, berufliche, medizinische Rehabilitation]“.⁴³ Des Weiteren übernehmen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen die psychosoziale Begleitung und unterstützen Selbsthilfegruppen.

⁴¹ Vgl. DHS, Jahrbuch Sucht 13, Lengerich 2013, S. 192

⁴² Vgl. Nomos, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden 2007, S. 27

⁴³ DHS, Jahrbuch Sucht 13, Lengerich 2013, S. 189

5.2.3 Gesundheitsamt

Im Suchtbuch von 2013 werden die Gesundheitsämter als Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens definiert und leisten im Rahmen ihrer sozialmedizinischen Aufgaben u.a. Gesundheitshilfe für abhängigkeitskranke und gefährdete Menschen.

5.2.4 Beratung durch Rehabilitationsträger

Des Weiteren werden die Rehabilitationsträger und die gemeinsamen Servicestellen informierend und beratend tätig. Diese motivieren die Patienten zu einer Behandlung. Außerdem sind sie für das Antragsverfahren zuständig um den Betroffenen ein geeignetes Behandlungsangebot aufzuzeigen.

5.2.5 ambulante medizinische Rehabilitation

In den ambulanten Rehabilitationen einer Entwöhnungsbehandlung stehen Angebote in verschiedenen Einrichtung zur Durchführung von „...Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen, ganztägige ambulante Einrichtungen [auch teilstationäre Einrichtungen, Tageskliniken, Tagesrehabilitation]...“⁴⁴ zur Verfügung. Aus den medizinischen und psychosozialen Behandlungserfordernissen ergeben sich die Einzelheiten für die Voraussetzung zur Durchführung einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung.⁴⁵

⁴⁴ DHS, Jahrbuch Sucht 13, Lengerich 2013, S. 193

⁴⁵ Vgl. DHS, Jahrbuch Sucht 13, Lengerich 2013, S. 185 - 194

5.3 Stationäre Einrichtungen

Das Fachlexikon der Sozialen Arbeit definiert die stationären Unterbringung wie folgt: Das alle Einrichtungen unter grundsätzlicher Einbeziehung von Leistungen der Unterkunft und Verpflegung verstanden wird. Die Versorgung erfolgt über zugelassene Krankenhäuser.⁴⁶ In den nachfolgenden Punkten werden unterschiedliche stationäre Institutionen näher erklärt.

5.3.1 Allgemeinkrankenhäuser

Im Suchtbuch von 2013 werden Allgemeinkrankenhäuser vorwiegend für stationäre Entzugsbehandlungen und Entgiftungen aufgezeigt. Auf Grund von anderen somatischen Krankheiten und Unfällen können Suchtmittelmissbräuche bzw. Entzüge aufgedeckt werden. Somit treten Krankenhäuser mit anderen Stellen der Suchthilfe in Kooperation, um die Abhängigkeitsproblematik des Patienten zu klären.

5.3.2 Übergangseinrichtungen

Des Weiteren gibt es für Suchtkranke Übergangseinrichtungen in vollstationärer Form, in der seelische und körperliche Gesundheitsprobleme und die sozialen Verantwortlichkeiten gefördert, sowie gestärkt werden. Das Ziel einer Übergangseinrichtung ist es, die Patienten in eine geeignete Folgeeinrichtung zu vermitteln, z.B. in ein betreutes Wohnheim bzw. Einzelwohnheim oder in eine medizinische Rehabilitation.

5.3.3 Soziale Rehabilitation

Diese Maßnahmen der sozialen Rehabilitation werden im Jahrbuch Sucht 2013 als eine stationäre Einrichtung erwähnt. Sie sind bei abhängigkeitskranken Menschen mit einer mehrfachen Schädigung notwendig. In einer Gemeinschaft werden die Hilfen zum Wohnen, zur Teilhabe am Leben und zur Arbeit gefördert und unterstützt.

⁴⁶ Vgl. Nomos, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden 2007, S. 27

5.3.4 Qualifizierte Entzugseinrichtungen

Ebenfalls gibt es ergänzend zur Entgiftung eine qualifizierte Entzugsbehandlung mit motivierenden und psychosozialen Leistungen. Diese finden in speziellen Abteilungen von Fachkrankenhäusern statt, unter Berücksichtigung des psychophysischen Entzuges von Alkohol und psychotropischen Substanzen.

5.3.5 Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Laut dem Jahrbuch Sucht von 2013 erfolgt bei einer medizinischen Rehabilitation die Durchführung von „...Gruppentherapien, Einzeltherapien, Angehörigenarbeit in Form von Paar- und Familiengesprächen oder Seminaren, Gruppenangeboten, sowie Therapieformen [Gestaltungs- und Musiktherapie]...“⁴⁷ meist in stationären Einrichtungen [Fachkliniken]. Diese Angebote werden ergänzt durch „...Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sport- und Bewegungstherapie, sowie weitere indikative Behandlungsangebote...“.⁴⁸ In einer Entwöhnungsbehandlung sind außerdem die sozialen Beratungen und die Vorbereitung auf nachfolgende Hilfsangebote, z.B. Nachsorge, wichtige Bestandteile. Des Weiteren werden neben den somatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation auch arbeitsbezogene Leistungen angeboten. Jede einzelne Behandlungsform und Laufzeit einer Therapie wird in der medizinischen Rehabilitation individuell festgelegt.⁴⁹

⁴⁷ DHS, Jahrbuch Sucht 13, Lengerich 2013, S. 194

⁴⁸ DHS, Jahrbuch Sucht 13, Lengerich 2013, S. 194

⁴⁹ Vgl. DHS, Jahrbuch Sucht 13, Lengerich 2013, S. 185 - 194

6 Antragsverfahren und Kostenübernahme

In dem nachfolgenden Kapitel wird explizit auf das Antragsverfahren und die Kostenübernahme, sowie die Defizite in der Versorgung eingegangen. In diesem Abschnitt bezieht sich der Verfasser auf das Gespräch mit der AOK Sachsen und Thüringen.

6.1 Antragsverfahren

Eine Suchtkranke Person beabsichtigt einen Entzug bzw. möchte seine Krankheit überwinden und sucht somit ein Gespräch, entweder bei einem Arzt oder bei einer Suchtberatungsstelle. Nach ausführlichen und detaillierten Sitzungen werden die entsprechenden Diagnosen und die notwendigen Verfahrensweisen erörtert. Der zuständige Arzt hat dann die Aufgabe, den Bogen Einleitung von Leistung zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten (A1) auszufüllen.

Nach Bewilligung des Antrags erfolgt die Entgiftung in einem Fachkrankenhaus. Laut Konzeption der Diakonie Döbeln werden in Mittelsachsen Suchtkranke in das Fachkrankenhaus nach Hochweitzschen vermittelt. Aufgrund der Antragsstellung unterscheiden sich die Aufenthalte, jedoch meist verbunden mit einem 14 tägigen Besuch. Wenn die betroffenen Personen einwilligen, ist es wichtig, eine Rehabilitationsmaßnahme über einen ermächtigten Arzt zu beantragen. Nicht jeder ansässige Arzt darf das Formular Verordnung von medizinischer Rehabilitation (A2) ausfüllen. In diesem Fall muss es ein qualifizierter Vertragsarzt mit der Spezialisierung zur Verordnung medizinischer Rehabilitation sein. Die Formulare werden über die kassenärztliche Vereinigung bzw. bei der Rentenversicherung bestellt.

Zur Weiterbearbeitung werden die Bögen bei der Krankenkasse eingereicht. Diese werden dann an den medizinischen Dienst der Krankenkassen [MdK] zur Begutachtung übergeben. Des Weiteren ist der Patient verpflichtet, eine Einwilligungserklärung zum Antrag auf eine Suchtnachsorgeleistung auszufüllen oder den Nachweis einer Krankheit von der Suchtberatungsstelle zu organisieren. Außerdem werden Gutachten über alkoholabhängige Personen erstellt. Nach der Durchsicht gibt der MdK die Empfehlung an die Krankenversicherung zurück.

Danach entscheidet die Krankenkasse über eine Rehabilitationsmaßnahme für den Patienten. Akut betroffene Patienten werden auf Grund eines Eilverfahrens schnellstmöglich in entsprechende Institutionen eingewiesen. Im Anschluss daran erfolgt das Antragsverfahren.

Wenn eine solche Rehabilitationsmaßnahme über die Krankenkasse bewilligt wurde, sind diese verpflichtet, geeignete Einrichtungen für die Patienten zu finden. Eine solche Maßnahme dauert in der Regel drei bis sechs Monate, dies ist aber wie schon zu Anfang erwähnt, abhängig von dem Zeitraum im Antrag. Im Anschluss an die Entwöhnung ist eine Nachsorge ein sehr wichtiges Instrument in der Versorgung, um die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation zu gewähren.

Eine Anschlussheilbehandlung kann stationär oder ganztägig ambulant erfolgen. Dies ist ein gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation der Abhängigkeitserkrankten.

Die Nachsorge kann im Wechsel mit einer stationären und ambulanten Rehabilitation erfolgen und muss nicht zwingend stationär stattfinden. Hierbei erfolgt ein ganztägig ambulanter oder stationärer Aufenthalt mit einem therapeutischen Prozess im Wechsel, bis das Krankheitsbild stabil genug ist, um mit der ambulanten Therapie fortzufahren.⁵⁰

6.2 Kostenübernahme für Suchtkranke

Deutschlandweit wurde für suchtkranke Personen ein professionelles Suchthilfesystem mit einer Vielzahl von Leistungsangeboten ausgebaut. Diese Hilfen bzw. Kosten für Suchtkranke Personen werden von den Krankenversicherungen, Rentenstellen oder von Sozialhilfeleistungen übernommen.^{51 52}

Im Oktober 2013 wurde mit dem Leiter der Diakonie Döbeln, Herrn Creutz, über die Selbstfinanzierung gesprochen. Somit werden Entzugskrankenhäuser über die Krankenkassen und Langzeitbehandlungen über Regelfinanzierung der Rentenversicherung bezuschusst. Im Gegensatz zu den Suchtberatungsstellen, diese müssen einen Eigenanteil von zehn Prozent erwirtschaften.

⁵⁰ Vgl. RK, Suchtnachsorge 2012, S. 1-9

⁵¹ Vgl. DHS, Jahrbuch Sucht 13, Lengerich 2013, S. 183

⁵² Vgl. Nomos, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden 2007, S. 952

Suchtkranke im Alter und Personen ohne Rentenversicherung, werden über die Krankenversicherungen finanziert. Selbst wenn keine Versicherung besteht, werden diese Personen über den Kommunalen Sozialverband gefördert.⁵³

Die deutsche Rentenversicherung hat folgende Bedingungen für die Kostenübernahme:

„Der zuständige Rentenversicherungsträger trägt die Ausgaben für Reise, Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Betreuung, therapeutische Leistungen und medizinische Anwendungen. An diesen Kosten müssen sie sich beteiligen, sofern sie eine stationäre Leistung in Anspruch nehmen und zwar höchstens mit 10 Euro pro Tag für längstens 42 Tage im Kalenderjahr. Wenn sie in einem Jahr bereits Rehabilitationsleistungen, auch von der Krankenkasse, in Anspruch genommen haben, werden alle Tage der Zuzahlung berücksichtigt und gegenseitig angerechnet. Die Zuzahlung ist von der jeweiligen Einkommenssituation abhängig. Viele Patienten können sich ganz oder teilweise durch den Rentenversicherungsträger davon befreien lassen. Als Arbeitnehmer haben sie für die Zeit der Rehabilitationsleistung regelmäßig einen Anspruch auf Fortzahlung ihres Gehalts, der im Allgemeinen 6 Wochen beträgt. Ist der Anspruch wegen gleichartiger Vorerkrankung ganz oder teilweise verbraucht, so können sie vom Rentenversicherungsträger Übergangsgeld für die Dauer der Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten. Dazu müssen sie unmittelbar vor dem Beginn der Leistungen oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkünfte erzielt und Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben.“⁵⁴

⁵³ Vgl. <http://www.ksv-sachsen.de/home/ueber-den-ksv-sachsen/aufgabenbereiche> [19.11.13, 16:50 Uhr]

⁵⁴ Vgl. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Rehabilitaton/02_leistungen/01_medizinisch/medizinische_reha_node.html#doc155058bodyText6 [18.11.13; 17:00 Uhr]

6.3 Defizite in der Versorgung

Wie im Abschnitt 4.1 beschrieben, hat man das Recht auf eine Rehabilitation, wenn man die bestimmten Kriterien erfüllt. Im Jahrbuch Sucht von 2013 werden z.B. die Zuschüsse für Beratungsstellen als freiwillige Leistung von den Kommunen und den Ländern angesehen. Die Träger dieser Institutionen müssen meist 10-20% als Eigenanteil von ihrem Haushaltsplan erwirtschaften. In einigen Bundesländern betragen die Eigenleistungen sogar 40-60%.

Den Betroffenen steht eine Vielzahl von Leistungen zur Überwindung der Sucht zur Verfügung. Der Zeitraum der Bearbeitung ist abhängig davon, inwieweit die gesetzliche Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Krankenversicherung mit einander kooperieren.⁵⁵

Ebenso sind von der Rentenstelle gewisse Grundsätze festgelegt, die erfüllt sein müssen. „Suchtkranke Personen können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Grundsätzlich kommt eine erneute Leistung nicht vor dem Ablauf von vier Jahren in Betracht. Ist aber aus gesundheitlichen Gründen schon früher eine Rehabilitation dringend erforderlich, so kann diese auch erbracht werden. Weiterhin müssen bei der Antragstellung bestimmte versicherungsrechtliche Bedingungen vorliegen. Sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten zwei Jahren ist die am häufigsten erfüllte Voraussetzung. Bei ihnen darf auch kein sogenannter Ausschlussgrund vorliegen. Sind sie beispielsweise Beamter, haben sie keinen Anspruch auf medizinische Rehabilitationsleistungen durch die Rentenversicherung, weil sie nicht in die gesetzlichen Krankenkassen einzahlen. Die Prüfung der Voraussetzungen erfolgt durch den jeweilig zuständigen Rentenversicherungsträger“.⁵⁶ Für suchtkranke Personen im Alter sind die Krankenversicherungen zuständig, weil diese nicht mehr in die Rentenversicherung einzahlen.

⁵⁵ Vgl. DHS, Jahrbuch Sucht 13, Lengerich 2013, S. 195

⁵⁶ http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Rehabilitation/02_leistungen/01_medizinisch/medizinische_reha_node.html#doc155058bodyText2
[19.11.13, 17:00 Uhr]

7 Möglichkeiten zur Suchtbewältigung

Der Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. besagt: „Das jeder suchtmittelabhängige Bürger in Deutschland das Recht auf akutmedizinische und entwöhnungsorientierte Behandlung hat. Sucht ist nach internationaler Diagnostik (ICD 10) und der Rechtsprechung der obersten Gerichte in Deutschland eine behandlungsbedürftige Krankheit. Um Verzögerungen, Missverständnisse und Ablehnungen zu verhindern, sollte möglichst frühzeitig der sachverständige Rat ehrenamtlicher und professioneller Helfer gesucht werden“.⁵⁷

Kenn dein Limit, ist eine Alkoholprävention von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Diese Informationskampagne versucht deutschlandweit möglichst viele Menschen zu erreichen und zu motivieren um einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu verstehen. In den nachfolgenden Begriffserklärungen wird sich der Verfasser auf die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stützen, sowie auf ein Gespräch mit einer Diplom Pädagogin von der Entzugsabteilung in Hochweitzschen.

7.1 Beratung

Laut der BZgA werden in einer Sucht- und Beratungsstelle ausführliche Gespräche mit fachkundigem Personal geführt. In diesem Dialog werden die Lebensumstände sowie das Ausmaß der Alkoholsucht thematisiert, um anschließend den nächsten Schritt zu planen bzw. einzuleiten. Eine solche Beratung ist kostenlos. Die Beratungsstellen unterliegen der Schweigepflicht, somit können die ausführlichen Gespräche hilfreich bei folgenden Problembewältigungen sein. Die Suchtkranken lernen offen über ihre Probleme bzw. ihre Sucht zu sprechen. Indem der Gang zur Beratungsstelle gewählt wurde, hat man das Gefühl, seine Sucht angepackt zu haben. Die Gespräche helfen, ein realistisches Bild dieser Schwierigkeiten zu erkennen. Ebenso können die Beratungsstellen bei beruflichen, finanziellen oder rechtlichen Problemen weiterhelfen. In den Gesprächen werden weitere Lösungsansätze thematisiert, in wie weit die Patienten einen stationären oder ambulanten Alkoholentzug benötigen und ob sie bereit sind, an einer Alkohol-Entwöhnungstherapie teilzunehmen.

⁵⁷ <http://www.suchthilfe.de/therapie/> [21.11.13, 15.00 Uhr]

Ebenfalls werden die Arten der Therapien thematisiert und ob es ratsam ist, die Angehörigen mit in die Behandlung zu involvieren. Es wird geklärt, ob sich die Patienten einer Selbsthilfegruppe anschließen wollen und welche Selbsthilfegruppen es in der Nähe gibt. Im Kapitel 8 geht der Verfasser noch einmal explizit auf die Sucht- und Beratungsstelle der Diakonie Döbeln ein und erläutert diese anhand der Konzeption näher.

„Wer einmal alkoholabhängig war, läuft Gefahr, selbst nach Wochen oder Monaten der Abstinenz innerhalb kürzester Zeit wieder genauso viel oder sogar noch mehr zu trinken als zuvor. Dauerhaft Maß zu halten ist erfahrungsgemäß anstrengender als die Entscheidung für ein alkoholfreies Leben“.⁵⁸ In einer Suchtberatung wird somit geklärt, ob eine Entzugsbehandlung und die anschließende Entgiftung und Nachsorge für die jeweiligen Personen notwendig sind.⁵⁹

7.2 Entzug

Laut der BZgA werden folgende Angaben zum Entzug getroffen: „Wer seit Monaten oder gar Jahren allerdings keine nüchternen Tage mehr kennt, muss mit starken Entzugserscheinungen rechnen. Diese Entzugserscheinungen können lebensbedrohlich sein und sind dringend behandlungsbedürftig. Nur mit ärztlicher Unterstützung können potentielle Risiken, z.B. ein Krampfanfall mit Bewusstseinsverlust oder ein Delirium, weitgehend ausgeschlossen werden. Bei einem geplanten Entzug ist der erste Schritt also immer der Gang zum Arzt“.⁶⁰

Des Weiteren besagt die BZgA, dass der ärztlich begleitete Entzug ambulant oder stationär erfolgen kann. Der ambulante Entzug wird auf ca. zwei Wochen festgelegt. In der ersten Woche geht der Patient täglich zum Arzt, wird dort untersucht und erhält bei Bedarf ein Medikament zur Linderung der Entzugserscheinungen. In der zweiten Woche finden die Arztbesuche aller zwei Tage statt und der Patient erhält für diese Tage eine Krankmeldung vom Arzt.

⁵⁸ <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/beratung/>
[22.11.13, 16:05 Uhr]

⁵⁹ Vgl. <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/beratung/>
[22.11.13, 16:05 Uhr]

⁶⁰ <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/der-entzug/>
[22.11.13, 16:20 Uhr]

Ist die Abhängigkeit so fortgeschritten, dass die Angst vor dem Entzug überwiegt, sollte dieser stationär im Krankenhaus durchgeführt werden. „Es gibt Fachkliniken und psychiatrische Kliniken, die qualifizierte Entgiftungen durchführen. Speziell ausgebildete medizinische und pflegerische Fachkräfte überwachen nicht nur den körperlichen Entzug, sondern bieten auch begleitende Gespräche und weiterführende Informationen, sowie manchmal die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, an“.⁶¹

Das Fachkrankenhaus in Hochweitzschen führt diese qualifizierte Entzugsbehandlung durch. In diesem Zusammenhang wurde am 22. November 2013 ein ausführliches Gespräch mit Frau Schiebhold, Diplom Pädagogin auf der Station Sucht in Hochweitzschen, geführt. Auf dieser Station arbeitet ein multifunktionales Team, welches aus Ärzten, Pflegern, Psychologen, Sozialarbeitern und Ergo- sowie Physiotherapeuten besteht, um die Zielstellung des Patienten zu besprechen und einen qualifizierten körperlichen Entzug zu gewähren. In der Regel dauert ein Entzug drei Wochen. Der reine körperliche Entzug ist in fünf bis sieben Tagen erfolgt. Ein Entzug kann von Zittern, Schwitzen, Übelkeit, Aggression, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Herzerkrankungen, Demenz sowie Polyneuropathie [Nervenleiden] begleitet werden. Je nach dem Zeitraum der Abhängigkeit können verschiedene Entzugserscheinungen deutlich werden. Aufgrund der evtl. auftretenden Entzugserscheinungen werden die Patienten in den ersten Tagen in Wachzimmer verlegt, um in Beobachtung zu bleiben. In dieser Zeit werden diese Personen medikamentös unterstützt, um den Entzug erträglicher zu gestalten. Anschließend wird die Dosis reduziert. In dieser Woche erhalten die Patienten eine Einzeltherapie und nehmen nicht an den Gruppengesprächen teil. Frau Schiebhold begründete es damit, dass die neu eingewiesenen Patienten noch nach Alkohol riechen. Dies dient somit zum eigenen Schutz um nicht rückfällig zu werden, aber auch zur Sicherheit der Anderen.

Auf der Station befinden sich 22 Betten, ausgestattet mit zwei bzw. drei Bettzimmern incl. Nasszelle. Des Weiteren gibt es eine Küche, Speiseraum, Aufenthaltsraum, Therapiezimmer, Raucherraum, sowie die Räumlichkeiten des Personals.

⁶¹ <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/der-entzug/>
[22.11.13, 16:50 Uhr]

Die Patienten dieser Station werden mit all ihren Krankheiten und nicht nur bzgl. ihrer Alkoholsucht behandelt. Auf Grund dessen werden unterschiedliche Therapiepläne erstellt (A3), die speziell auf die Patienten zugeschnitten sind. In diesem Zusammenhang hat der Verfasser eine sehr umfangreiche Tätigkeit des Sozialarbeiters wahrgenommen. Es findet eine aufsuchende Sozialarbeit statt, d.h. die Patienten werden mit gezielten Fragen konfrontiert, welche anhand eines Fragebogens notiert werden (A4). Daraus ergibt sich, dass der Sozialarbeiter wichtige Antworten erfährt, die gemeinsam mit dem Patienten gelöst werden, z.B. die Frage nach der Krankenversicherung, Schulden, Arbeitslosengeld [Hartz IV] und den familiäre Problemen.

Auf dieser Station befinden sich in der Regel mehr Männer als Frauen, im Alter zwischen 18 und 80 Jahren, somit ist die Planung bzw. Beantragung einer Entwöhnungsklinik abhängig von den Patienten. Angedacht ist, dass eine Rehabilitationsmaßnahme anschließend einer Entzugsbehandlung erfolgt. Dies ist aber nicht immer möglich und somit kann eine Entzugsdauer auf bis zu sechs Wochen verlängert werden.

Des Weiteren gehört in Hochweitzschen eine Gerontologie [Alterspsychiatrische] Abteilung dazu, in denen Personen mit Depressionen, Parkinson und Demenz behandelt werden. In diesem Zusammenhang können alkoholbedingte Störungen in Verbindung mit den alterspsychiatrischen Erkrankungen gebracht werden. Somit kann es passieren, dass ältere Personen auf die Suchtabteilung verwiesen werden, dies wird vom Stationsarzt angeordnet. Entscheidend ist das Krankheitsbild, welches in dem Moment Vorrang hat.

7.3 Entwöhnung

Um die Entwöhnung begrifflich besser zu definieren, beruft sich der Verfasser im folgenden Abschnitt auf die BZgA. „Für die Alkoholentwöhnung gibt es ebenfalls ambulante und stationäre Therapieangebote. Idealerweise schließt sich eine Entwöhnungstherapie direkt an die Entgiftung an, meist vergeht jedoch zwischen Entzugsbehandlung und Therapiebeginn einige Zeit. Diese sollte man am besten mit dem Besuch von Selbsthilfegruppen und Motivationsgruppen in Beratungseinrichtungen überbrücken.“

Ambulante Therapien werden vor allem von psychosozialen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen angeboten. Sie dauern meist zwischen 12 und 18 Monaten. Dabei finden ein- bis zweimal wöchentlich in der Behandlungsstelle therapeutische Gruppen- oder Einzelgespräche statt“.⁶² In diesem Zeitraum ist ein Vertrauensaufbau zum Therapeuten wichtig, um einen positiven Behandlungsverlauf gewährleisten zu können. Während einer ambulanten Therapie kann das gewohnte Leben weiter geführt werden, z.B. zu Hause wohnen, bei der Familie sein, oder weiterhin zur Arbeit gehen. Bedenklich ist, diese Kraft zu haben, denn eine solche Therapie benötigt viel Ehrgeiz. Ebenfalls werden in dieser Zeit viele Fragestellungen zur Überwindung der Alkoholabhängigkeit erörtert, z.B. über die Gründe dieser Alkoholabhängigkeit sowie die Erkundigung nach der Lebenssituation. „Zugleich gilt es, die Nüchternheit aufrechtzuerhalten. Wer all das neben seinem normalen Tagesablauf leisten möchte, braucht in der Regel einen festen Wohnsitz, Unterstützung durch Familienangehörige oder andere ihm nahestehende Menschen, sowie eine intakte Arbeitssituation. Sind die Lebensumstände eher instabil und ist es in der gewohnten Umgebung nicht möglich über längere Zeit nüchtern zu bleiben, ist eine stationäre Behandlung zu empfehlen.

Die stationäre Entwöhnungstherapie in einer Fachklinik bietet einen geschützten Rahmen, in dem sich Alkoholabhängige ganz auf die Überwindung ihrer Krankheit konzentrieren können. Das Verlassen des gewohnten, oft durch Alkohol geprägten Umfeldes, erleichtert den Heilungsprozess bei Alkoholabhängigkeit. Im Mittelpunkt der stationären Behandlung stehen therapeutische Einzel- und Gruppengespräche, die durch weitere Angebote ergänzt werden“.⁶³ Eine solche Therapiedauer ist unterschiedlich. Die Kurzzeittherapien sind auf sechs bis acht Wochen und die Langzeittherapien auf zwölf bis 16 Wochen angelegt.

⁶² <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/die-entwoehnung/>
[22.10.13, 17:30 Uhr]

⁶³ <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/die-entwoehnung/>
[22.10.13, 17:30 Uhr]

Laut der BZgA lässt sich unabhängig von der Behandlungsdauer ein ungefährer Ablauf skizzieren: „Zu Beginn steht das Kennenlernen des therapeutischen Angebots und der Mitpatienten im Mittelpunkt. Man erarbeitet die persönlichen Therapieziele. Hat die Gesundheit gelitten, ist die erste Zeit auch der körperlichen Erholung gewidmet. Um wirklich Abstand gewinnen zu können, sind zunächst die Kontakte zu Familienangehörigen und Freunden eingeschränkt. Im Folgenden gilt es, die Gründe für den Alkoholkonsum zu verstehen und andere Verhaltensmöglichkeiten auszuprobieren. Neben Einzel- und Gruppengesprächen umfasst das Programm u. a. Entspannungstechniken, physikalische Therapie, Kreativitätstraining, Arbeitstherapie, Angehörigenseminare, themenzentrierte Gesprächsgruppen zu gesunder Lebensführung, Bewerbungstrainings, Schuldenabbau oder Rückfallvorbeugung. Gegen Ende der Therapie wird geklärt, wie es beruflich und im sozialen Umfeld weitergehen soll. Die Nachsorgemaßnahmen werden festgelegt und besprochen, wie auf einen eventuellen Rückfall zu reagieren ist“.⁶⁴

7.4 Nachsorge

In diesem Abschnitt bezieht sich der Verfasser ebenfalls auf die BZgA. Ein dauerhaftes abstinentes Leben zu sichern, sind die Grundlagen einer Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung. Dennoch besteht in den ersten Monaten die Gefahr eines Rückfalls, besonders der berufliche Neustart ist entscheidend sowie Probleme in der Familie bzw. in der Partnerschaft. Ebenso können Einsamkeit und Langeweile Gründe für den erneuten Griff zum Alkohol sein. Oftmals erscheint es schwierig, alte Gewohnheiten durch eine sinnvolle Alltagsgestaltung mit interessanten und schönen Unternehmungen zu ersetzen. Die Vorstellung weiterhin maßvoll Alkohol zu konsumieren, kann zu Rückfällen führen und somit eine langfristige Abstinenz gefährden.

In Selbsthilfegruppen werden persönliche Dinge zur Sprache gebracht und somit streng vertraulich behandelt. Innerhalb dieser Gruppe werden alle als gleichberechtigte und eigenständige Personen behandelt.

⁶⁴ <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/die-entwöhnung/>
[22.10.13, 19:00 Uhr]

Es kommt auf die Bereitschaft eines jeden Einzelnen an über persönliche Anliegen und Sorgen zu reden. Ebenfalls lernen die Personen in den Selbsthilfegruppen angehörige der Betroffenen kennen, welche bereits erfolgreich abstinent leben. Sie lernen von anderen Erfahrungen und können sich untereinander austauschen.⁶⁵

Im Gespräch mit Frau Schiebhold, Diplompädagogin in Hochweitzschen, wurden ebenfalls die Nachsorgemöglichkeiten besprochen. Folgende Eventualitäten wären für die Patienten möglich, z.B. sozialtherapeutische Wohnstätten, Selbsthilfegruppen, ambulante Nachsorge, teilstationäre ambulante fachärztliche Behandlung für chronisch Kranke sowie spezielle Pflegeheime. In der ambulanten Nachsorge werden spezielle Konzepte mit dem Patienten entwickelt, um den Tagesablauf besser zu strukturieren. Personen im höheren Alter werden in Pflegeheime vermittelt, die speziell auf Suchtkranke Personen eingerichtet sind. Diese Pflegeheime sollten eine Abteilung für verhaltensauffällige Personen vorweisen.

⁶⁵ Vgl. <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/nachsorge-und-selbsthilfe/>
[22.10.13, 20:30 Uhr]

8 Substanzbezogene Störungen im Alter, explizit im Altlandkreis Döbeln

Im Oktober 2013 wurde mit dem Leiter der Diakonie Döbeln, Herrn Martin Creutz, ein ausführliches Gespräch geführt. Es wurden die aktuellen Daten bezüglich alkoholbedingter Störungen thematisiert. Des Weiteren wurden die Suchtprobleme explizit nach Altersgruppen aufgesplittet. Somit wird in den nachfolgenden Punkten anhand des Jahresberichtes von 2012 die Suchtberatungs- und -behandlungsstelle Döbeln (SBB) näher vorgestellt.

8.1 Vorstellung der Suchtberatungs- und -behandlungsstelle Döbeln

Die SBB der Diakonie Döbeln ist eine ambulante Suchtkrankenhilfe in der Region Döbeln.

Seit 1991 sind die Grundlagen der Diakonie Döbeln, ihre Konzeption und der Vertrag, in dem die Aufgaben und die nötigen Finanzierungen mit dem Landkreis geregelt sind. „Wichtige Hauptpunkte ihrer Tätigkeit sind unter anderem die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung der Betroffenen in der Region Döbeln, sowie die Betreuung der Betroffenen im gemeindenahen Verbund. Weitere Schwerpunkte sind Hilfe zur Selbsthilfe, Präventionsarbeiten, sowie Öffentlichkeitsarbeiten“.⁶⁶

Herr Creutz verdeutlichte, dass aufgrund der Neugestaltungen in der Suchtkrankenhilfe, die Hilfen für betroffene suchterkrankte Menschen reduziert wurden. Um die Arbeitsfähigkeit jedoch aufrecht zu erhalten, wurde die präventive Arbeit abgebaut. Ein weiterer Aspekt des Stellenabbaus ist, dass z.B. in der Beratungsstelle Roßwein eine Halbtagskraft beschäftigt wird und somit die Öffnungszeiten für die betroffenen Personen nur an bestimmten Tagen und zu bestimmten Uhrzeiten wahrgenommen werden können.

⁶⁶ Diakonie Döbeln, Jahresbericht 2012, S. 2

8.2 Zielgruppen in Mittelsachsen

Laut der Konzeption von 2012 der Diakonie Döbeln können Betroffene die Sprechzeiten für Erstberatungen und zur Kontaktaufnahme in Döbeln, Roßwein, Waldheim und Leisnig nutzen. Um eine Beratung durchführen zu können, steht eine Kontaktaufnahme voran. Eine ständige Erreichbarkeit wird außerhalb der Öffnungszeiten durch einen Anrufbeantworter gewährt. Gerade bei Erstgesprächen ermöglichen die Suchtberatungsstellen einen zeitnahen Termin zu vereinbaren.

Die Statistik der Suchtberatungsstelle von 2012 belegt, dass 48% der Klienten ohne eine Vermittlung die Einrichtung besuchten und 15% wurden durch die Familie begleitet. Somit waren insgesamt 471 Klienten und davon 225 Neuzugänge in der Beratungsstelle der Diakonie. Den größten Anteil der Beratungsgespräche nutzten 291 alkoholabhängige Menschen. An Hand der Konzeption ist nicht zu erlesen, in welchem Alter sich die Abhängigen befanden. Somit ist nicht zu erkennen, wie viele ältere Menschen im Landkreis Mittelsachsen diese Einrichtungen besuchten.

Aufgrund der Aussage des Leiters dieser Einrichtung findet ein kontinuierlicher Beratungsprozess mit durchschnittlich 5 Sitzungen zu je 50 Minuten statt. Es entsteht in dieser Zeit ein langer Beratungsprozess, um psychosoziale Diagnosen zu erstellen und eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufzubauen. Diese Sitzungen dienen der Informationsgewinnung, sowie der individuellen Hilfeplanung mit den Betroffenen.

Aufgrund der Arbeit der Diakonie Döbeln konnten laut eigenen Angaben 34 Betroffene in stationäre Entgiftungsbehandlungen, stationär in psychiatrische Fachkliniken 17 Klienten und 1 Person in eine ambulante Alkoholentwöhnungsbehandlung vermittelt werden. Eine empfohlene Nachsorge wurde für 17 Klienten angeboten. Die Behandlungsinhalte zielen auf die Herstellung einer stabilen Abstinenz.

Dieser soll durch einen strukturierten Alltag die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, sowie einer grundlegenden Arbeitszufriedenheit gesichert werden. Das Programm zur Rückfallprävention (S.T.A.R.) wurde mit 23 Veranstaltungen und mit insgesamt 134 Teilnehmern und den jeweiligen Gruppenleitern erfolgreich durchgeführt, darauf wird später näher eingegangen.⁶⁷

8.3 Vernetzung der Diakonie Döbeln

Die Suchtberatungsstelle Döbeln arbeitet eng mit anderen Institutionen und Ärzten zusammen. Über den Anteil betroffener älterer Personen in Institutionen wurden keine genauen Angaben gemacht. Anhand der Konzeption der Diakonie Döbeln werden folgende Netzwerkpartner benannt:

8.3.1 Fachkrankenhaus Hochweitzschen

Das Fachkrankenhaus [FKH] Bethanien in Hochweitzschen ist ein wichtiger Netzwerkpartner der Diakonie Döbeln, da eine hohe Vermittlungsquote in dieser Einrichtung zu verzeichnen ist. Die Sozialstation des FKH Hochweitzschen hat aufgrund von Vermittlung in die SBB Döbeln eine Steigerung von 10% aller Neuzugänge erreicht.

8.3.2 Amt für Arbeit und Beschäftigungsförderung

Des Weiteren ist ein wichtiger Partner das Amt für Arbeit und Beschäftigungsförderung in Döbeln. Die Fallmanager/innen und die Casemanager/innen nutzen die Möglichkeiten, in dem sie die Beratungsgutscheine von der Diakonie Döbeln persönlich an die Klienten mit Suchtproblemen aushändigen.

8.3.3 Gesundheitsamt

Anhand des Berichtes von 2012 erfolgte eine sehr enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt. Die Betroffenen können mit Absprache und ihrem Einverständnis eine Einzelfallhilfe sowie eine gemeinsame Fallbesprechung in Anspruch nehmen.

⁶⁷ Vgl. Diakonie Döbeln, Jahresbericht 2012, S. 3-11

8.3.4 Jugendamt

Ebenfalls wird in der Konzeption von 2012 die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt erwähnt. Insbesondere die Entwicklung in der Einzelfallarbeit mit den Klienten hat sich positiviert.

8.3.5 niedergelassene Ärzte

Außerdem war zu erlesen, dass Betroffenen von den niedergelassenen Ärzten in die Suchtberatungsstelle vermittelt werden. Die Kooperation mit den Ärzten und Psychotherapeuten in der Region besteht.

8.3.6 Bewährungshelfer/Jugendgerichtshilfe

Ebenso hat sich die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Bewährungshilfe und der Jugendgerichtshilfe weiterentwickelt. Auf Wunsch der betroffenen Klienten fanden gemeinsame Hilfeplanungs- und Arbeitsberatungsgespräche statt.⁶⁸

⁶⁸ Vgl. Diakonie Döbeln, Jahresbericht 2012, S. 4

9 Prävention

Im nachfolgenden Abschnitt wird auf die Definition von Prävention eingegangen. Anschließend wird die Rückfallprävention S.T.A.R., welche von der Diakonie Döbeln für alkoholsüchtige Personen angepriesen wird, erläutert. Außerdem geht der Verfasser auf das Projekt Watch ein, welche durch die Diakonie im Kirchenbezirk Löbau – Zittau initiiert wurde. Abschließend wird die Psychotherapeutische Klinik in Bad Liebenwerda vorgestellt.

9.1 Definition

Im Handbuch der Sozialarbeit Sozialpädagogik steht folgende Begriffserklärung zur Prävention: Die Definitionen lehnen sich an die WHO und an Caplan von 1964 an und werden als vorbeugendem Eingreifend übersetzt. Eine Unterscheidung, was den Zeitpunkten des Einsetzens und die Zielrichtung angeht, wird die Prävention in drei Bereiche unterteilt, wie z.B. dem Primären, dem Sekundären und dem Tertiären.

Die Primärprävention umfasst alle Maßnahmen mit Menschen, die noch nicht konsumiert haben. Des Weiteren umfasst die Sekundärprävention Maßnahmen mit Menschen, die bereits konsumieren. Diese Präventionen sind rückfallverhütende und rehabilitierende Maßnahmen für Menschen, die ihre Suchtprobleme überwunden haben. Mit dem Ziel, die Verringerung bzw. die Vermeidung gesundheitlicher Schäden sowie die Vermeidung der Entwicklung von Missbrauch und Abhängigkeit. Ebenso soll die Verhinderung eines erneuten Auftretens abhängiger Verhaltensweisen, wie z.B. familiäre Streitigkeiten, Führerscheinverlust und Verarmung vorgebeugt werden. Tertiärprävention umfasst alle Therapien und Angebote für Süchtige, z.B. ein Alkoholentzug in einer Suchtklinik oder eine Selbsthilfegruppe.⁶⁹

⁶⁹ Vgl. Otto; Thiersch, Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik, 3. Aufl., München 2005, S. 1394

9.2 Rückfallprävention S.T.A.R

In der Konzeption der Diakonie Döbel ist festgehalten, dass eine Prävention gegen Rückfälle erfolgreich durchgeführt wurde. Im Punkt 8.2 wurde die Prävention bereits erwähnt. Im nachfolgenden wird näher auf Projekt S.T.A.R. eingegangen. Der Suchthilfeverbund besteht aus den stationären Einrichtungen in Partenstein, Burgsinn und Bad Orb. Die Patienten haben die Möglichkeit in Sozialkaufhäusern einer Nebentätigkeit nachzugehen. Das Angebot richtet sich an volljährige, chronisch mehrfachbeeinträchtigte Menschen. Der Suchtverlauf hat zu erheblichen, sowie dauerhaften Beeinträchtigungen geführt und somit sind größtenteils stationäre Maßnahmen zur Eingliederungshilfe (SGB XII § 53) notwendig.⁷⁰

„Die Bewohner haben in Ihrem bisherigen Leben leidvoll erfahren müssen, dass der Missbrauch eines Suchtmittelstoffes eine stetig steigende zerstörerische Kraft in sich birgt, die jeden betroffenen Menschen zunehmend von einem eigenverantwortlichen Leben entfernt. Jeder Rückfall wurde oft als vernichtend und hoffnungslos empfunden. Über die Jahre hat sich auch auf professioneller Seite das Rückfallverständnis gewandelt, Rückfälle werden nicht mehr als moralisches Versagen oder Scheitern der Behandlung begriffen, sondern als zugehöriger Bestandteil des Ausstiegs aus der Sucht“.⁷¹ Jeder Bewohner kann sich hier präventiv entscheiden, ob er in seinem Ernstfall eine konstruktiv-therapeutische Vereinbarung treffen wird. Diese Vereinbarung ist darauf ausgerichtet, den Ausrutscher individuell zu stützen und konstruktiv zu bearbeiten. Im Sinne des S.T.A.R.-Programms werden zwischen Ausrutscher und schwerem Rückfall unterschieden. Dieses standardisierte Programm bietet den Suchtfachkräften bzw. den S.T.A.R.-Trainern in 15 abgeschlossenen Einheiten eine gezielte Handlungsanleitung mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, basierenden auf der Rückfallprävention.⁷²

⁷⁰ Vgl. <http://www.suchthilfe-spessart.de/index.php> [19.11.13, 16:00 Uhr]

⁷¹ <http://www.suchthilfe-spessart.de/qualitaet-star.php#> [19.11.13, 17:35 Uhr]

⁷² Vgl. <http://www.suchthilfe-spessart.de/qualitaet-star.php#> [19.11.13, 17:35 Uhr]

9.3 Watch

Der Verfasser wurde über die Diakonie Döbeln auf das Projekt Watch aufmerksam. Am 19.06.2013 fand ein Treffen statt, welches über die Drogenbeauftragten der Bundesregierung gefördert wurde. Schwerpunkt des Seminars war es, neue Referenten im Rahmen des Projektes zu schulen. Es nahmen 18 Personen teil, welche jetzt in ihrem jeweiligen Landkreis Basisschulungen bzgl. des Projektes anbieten können. „Ziel des Vorhabens von WATCH ist die Erarbeitung und Erprobung eines Schulungskonzeptes zur Qualifizierung und Sensibilisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Alten- und Suchthilfeeinrichtungen für den Themenkomplex Sucht im Alter in Zittau [Löbau]. Es sollen Handlungsoptionen aufgezeigt, unterstützende Kommunikationswege geschaffen und ein wirksamer Wissenstransfer zwischen den Projektpartnern etabliert werden. Die drei Projektpartner aus den Bereichen Altenpflege, Suchthilfe und Fort- und Weiterbildung arbeiten gleichberechtigt zusammen. Das Schulungskonzept wird aus einem Basisseminar, einem Aufbauseminar, sowie einem Seminar für Führungskräfte bestehen, welche von der Praxis für die Praxis erstellt, modellhaft erprobt und evaluiert werden. Darüber hinaus sollen tragfähige Strukturen für den fachlichen Austausch aufgebaut und gefestigte Kommunikationsnetzwerke geschaffen werden“.⁷³

9.4 Psychotherapeutische Klinik in Bad Liebenwerda

Im folgenden Abschnitt, wird die Klinik in Bad Liebenwerda näher erörtert. Diese Einrichtung hat sich auf Sucht im Alter spezialisiert. Neben der regulären dreimonatigen stationären Entwöhnungsbehandlung bietet die Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda besondere Therapieformen an. Dadurch ist die Klinik in der Lage, einzelne Patienten mit individuellen Krankheitsverläufen zu behandeln.

⁷³ http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffueber_greifen-de_Themen/Downloads/Kurzbeschreibung_Sucht_und_Alter_Loebau_101020_Drogenbeauftragte.pdf
[19.11.13, 19:40 Uhr]

Nachfolgend wird die Entwöhnungsbehandlung der Klinik erläutert: „Das therapeutische Programm beinhaltet Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Gestaltungstherapie, arbeitsbezogene Rehabilitation, sowie Freizeittherapie und indikative Gruppen. Zum Therapieprogramm gehören auch die wöchentliche Visite durch den Chefarzt und die medizinische Betreuung durch die Stationsärzte. Hinzu kommen Gesundheitsvorträge, Selbsthilfegruppenabende, Krankengymnastik, Entspannungsverfahren, sowie Betreuung der mitgebrachten Kinder. Mit zunehmendem Behandlungsfortschritt ändern sich die therapeutischen Schwerpunkte und die zu bewältigenden Aufgaben. Daher hat sich für die Entwöhnungsbehandlung ein dreistufiger Behandlungsverlauf mit spezifischen Angeboten und Inhalten bewährt, die Aufnahme- phase, die Intensivierungsphase, sowie die Reintegrationsphase“.⁷⁴

Des Weiteren wird auf die Entwöhnungstherapie für Senioren eingegangen: „Therapieerfolge sind bei älteren Menschen nicht seltener als bei Menschen anderer Altersstufen, denn auch bei Senioren besteht die Möglichkeit zur Verhaltensänderung. Chronifizierung, Verschlimmerung oder Eintritt einer vorzeitigen Pflegebedürftigkeit können verhindert werden. Jedoch bedürfen die oftmals komplexen, körperlichen, psychosomatischen oder hirnerkrankungen im höheren Alter einer darauf abgestimmten Therapie. Kostenträger dieser vier bis sechswöchigen Rehabilitationsbehandlung für Senioren ist die jeweilige Krankenkasse. Abstinenzfähigkeit ist auch hier das primäre Ziel. Eine besonders intensive medizinische Versorgung stellt sicher, dass neben den Folgeschäden des Suchtmittelkonsums alle somatischen Probleme fachlich kompetent behandelt werden“.⁷⁵ Ebenso ist eine gut ausgestattete Physiotherapieabteilung angesiedelt. Durch die Kooperation mit den niedergelassenen Fachärzten und der Psychotherapeutischen Klinik, wird für die Patienten eine optimale medizinische Versorgung gesichert. Des Weiteren werden auf die Festigungsauffang- und Motivationsbehandlungen jedes einzelnen Patienten eingegangen.⁷⁶

⁷⁴ <http://www.suchthilfe-spessart.de/qualitaet-star.php#> [19.11.13, 17:35 Uhr]

⁷⁵ <http://www.suchthilfe-spessart.de/qualitaet-star.php#> [19.11.13, 17:35 Uhr]

⁷⁶ Vgl. <http://www.psychotherapeutische-klinik-bad-liebenwerda.de/behandlungskonzept/therapie/> [22.11.13, 20:35 Uhr]

10 Schlussteil

Aufgrund der Besuche in den Rostocker Kliniken wurde dem Verfasser verdeutlicht, wie viele Alkoholabhängige Menschen verschiedener Altersgruppen in dieser Region leben. Somit stellte sich der Verfasser die Frage, ob im Alter eine wesentlich höhere Alkoholabhängigkeit besteht, wie im Jugend- und Erwachsenenalter. Des Weiteren war es dem Verfasser wichtig, explizit aus Mittelsachen die Alkoholsucht im Alter zu thematisieren, weil es das persönliche Umfeld des Schreibers ist.

Wie schon zu Anfang erwähnt, verzehren 9,5 Millionen Menschen in Deutschland Alkohol in gesundheitlich riskanter Form⁷⁷ und bis zu 400.000 ältere Menschen sind von einem Alkoholproblem betroffen.⁷⁸ Nicht nur bei jungen Menschen kommt es zur Abhängigkeit. Wie schon mehrfach benannt, leiden immer mehr Ältere unter der Sucht Alkohol. Laut der DHS können folgende Problematiken, z.B. Beendigung des Berufslebens, sowie Anpassung an den neuen Lebensabschnitt, das Gefühl nicht mehr gebraucht zu werden, Leere und Langeweile zu einer Alkoholabhängigkeit führen. Das immer dünner werdende soziale Netzwerk, Einsamkeit, Isolation und Verlusterfahrungen, sowie Heimaufnahme können eine Abhängigkeit verursachen. Hinzu kommen die eventuell nachlassenden körperlichen und intellektuellen Leistungsfähigkeiten, oft verbunden mit Anhäufungen von Krankheiten und Beschwerden [Multimorbidität].⁷⁹

Laut der DHS liegen keine genauen Daten über die Verbreitung von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit im höheren Lebensalter vor. Die Studien weisen aber darauf hin, dass alkoholbedingte Störungen bei älteren Menschen seltener sind als bei Jüngeren. Mit 12,8 Prozent weisen die 60ig bis 64ig jährigen Personen einen problematischen Alkoholkonsum auf und ein 40ig prozentiger Anteil lag bei den 18 bis 24ig jährigen Personen.⁸⁰

⁷⁷ Vgl. <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-situation-in-deutschland.html> [13.09.13, 13:00 Uhr]

⁷⁸ Vgl. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Alkohol_im_Alter_2008.pdf [17.09.13, 11:00 Uhr]

⁷⁹ Vgl. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Substanzbezogene_Stoerungen_im_Alter_2011.pdf [16.09.13, 10:00 Uhr]

⁸⁰ Vgl. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Substanzbezogene_Stoerungen_im_Alter_2011.pdf [16.09.13, 10:00 Uhr]

Im Gespräch mit Frau Schiebhold, Diplom Pädagogin der Entzugsabteilung in Hochweitzschen, wurde ebenso die Sucht im Alter thematisiert. Personen, die über mehrere Jahre konsumierten und das Rentenalter erlangten, sind in Hochweitzschen keine Seltenheit. Somit wächst laut Angaben die Suchterkrankung im Alter kontinuierlich.

Wie im Punkt 5 erwähnt, hat Deutschland ein gut ausgeprägtes Hilfesystem für alkoholranke Menschen. Anhand der Statistiken, werden aber alkoholabhängige ältere Personen nicht explizit geführt. In unserer Region existieren wenige Pflegeeinrichtungen, die auf suchterkrankte Personen ausgerichtet sind. Dies wurde im Gespräch mit Frau Schiebhold deutlich. Die geringe Zahl der Pflegeeinrichtungen für verhaltensauffällige Personen in der Region kann aufgrund der verallgemeinerten Statistiken in Mittelsachsen und die nicht genaue Angabe von Sucht im Alter, zurückgeführt werden. Die Größe der jeweiligen Institution bezieht sich prozentual auf die Bürger in der Region und nicht explizit auf die Bedürftigkeit der suchtkranken Personen in Mittelsachsen.

Bei Ärzten und/oder Fachkräften wäre eine skeptischere Wahrnehmung von Sucht im Alter wünschenswerter, um die Problematiken nicht zu übersehen bzw. zu bagatellisieren, denn Sucht im Alter kann fehlinterpretiert werden, aufgrund der alterstypischen Erkrankungen.

Es sollte mehr Aufklärung und Prävention stattfinden, damit eine gezielte Wahrnehmung der Risiken im Alter und die vorhandenen Therapiemöglichkeiten thematisiert und verdeutlicht werden.

Die Suchtberatungs- und-behandlungsstellen der Diakonie in Döbeln bietet einen professionellen Beratungsprozess für Suchtkranke Personen im Alter an. In diesem Prozess wird geklärt, wie der Alltag aussieht, wer den Einkauf übernimmt und wie man gegen Einsamkeit vorbeugen kann. Suchtkranke Personen, die aufgrund der alterstypischen Prozesse nicht mehr in der Lage sind, Behandlungsstellen aufzusuchen, können die mobile Beratung der Diakonie Döbeln in Anspruch nehmen.⁸¹

⁸¹ Vgl. Diakonie Döbeln, Jahresbericht 2012, S. 8

Abschließend wird zusammengefasst, dass im Jugend- und Erwachsenenalter eine wesentlich höhere Alkoholsucht besteht, wie Personen älterer Jahrgänge. Alkoholabhängigkeit im Alter ist trotzdem ein Problem, welches meist schon in jüngeren Jahren bzw. Erwachsenenalter auftritt und aufgrund von Präventionsmaßnahmen verdeutlicht werden sollte.

Literaturverzeichnis

Quellenangaben

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Deutsche Hauptstellen für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Alkohol. Kenn dein Limit. Broschüre. o.O.,o.J.

Böllert, Karin (2005): Alter, alte Menschen. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch. Sozialarbeit. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co. KG

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Jahrbuch. Sucht 2013. Lengerich: o.J.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Substanzbezogene Störungen im Alter. 5. Auflage. Hamm: o.J.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.) (2007): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Diakonie Döbeln (Hrsg.): Jahresbericht 2012. Suchtberatungs- und – behandlungsstelle Döbeln. Diakonie Döbeln: o.J

Diakonie Löbau-Zittau (Hrsg.): Projekt Watch. Sucht im Alter. Broschüre. o.O.,o.J.

Feuerlein, Wilhelm (Hrsg.) (1989): Alkoholismus. Missbrauch und Abhängigkeit. 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Fleischmann, Heribert; Havemann-Reinecke, Ursula; Weyerer Siegfried (Hrsg.) (1998): Alkohol und Medikamente. Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Freiburg in Breisgau: Lambertus-Verlag

Gerling, Vera; Naegele, Gerhard (2005): Alter, alte Menschen. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch. Sozialarbeit. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co. KG

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.): Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen. Dresden: o.J.

Prätsch, Prof. Dr. Joachim; Rossig, Prof. Dipl.-Ing. Wolfram E. (2006): Wissenschaftliche Arbeiten. Leitfaden für Haus- und Seminararbeiten, Bachelor- und Masterthesis, Diplom- und Magisterarbeiten, Dissertationen. 6. Auflage. Hamburg: Prätsch, Joachim; Rossig, Wolfram E.

Rechtsquellen

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V). Gesetzliche Krankenversicherung. Vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S.2477) zuletzt geändert durch Art. 1 G zur Änd. krankenversicherungsrechtl. und anderer Vorschriften vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S.983)

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI). Gesetzliche Rentenversicherung. In der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002²(BGBl. I S754, ber. 1404, 3384 (FNA 860-6)) zuletzt geändert durch Art. 2 3 G zur Änd. des vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetz vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127)³

²Neubekanntmachung des SGB VI vom 18. 12. 1989 (BGBl. I S. 2261, ber. 1990 I S. 1337) in der ab 1.1.2002 geltenden Fassung.

³Die Änderung durch G vom 3. 8. 2010 (BGBl. I S. 1112) treten mWv 1. 1. 2011 in Kraft und sind insoweit im Anhang abgedruckt

Internetquellen

Alzheimer-nrw (2013): Krankheitsbilder. Sucht im Alter. Alzheimer NRW. In: http://www.alzheimer-nrw.de/files/downloads/krankheitsbilder_sucht_im_alter.pdf [17.09.13, 15:00 Uhr]

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (2013): Therapie aufgrund des Alkoholsucht. In: <http://www.suchthilfe.de/therapie/> [21.11.13, 15:00 Uhr]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): kenn dein Limit. Angehörige und Co.-Abhängigkeit. In: <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/angehoerige-und-co-abhaengigkeit/> [22.11.13, 18:10 Uhr]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): kenn dein Limit. Beratung. Zur Überwindung der Alkoholabhängigkeit. In: <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/beratung/> [22.11.13, 16:05 Uhr]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): kenn dein Limit. Entzug. Zur Überwindung der Alkoholabhängigkeit. In: <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/der-entzug/> [22.11.13, 16:20 Uhr]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): kenn dein Limit. Entwöhnung. Zur Überwindung der Alkoholabhängigkeit. In: <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/die-entwoehnung/> [22.10.13, 17:30 Uhr]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): kenn dein Limit. Gefahren und Folgen von schädlichem Konsum. In: <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/schaedlicher-konsum/gefahren-und-folgen/> [18.11.13, 17:00 Uhr]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): kenn dein Limit. Nachsorge und Selbsthilfe. Zur Überwindung der Alkoholabhängigkeit. In: <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/nachsorge-und-selbsthilfe/> [22.10.13, 20:30 Uhr]

Deutsche Hauptstelle für Sucht (2013): Alkohol im Alter. Informationen zum Thema. In: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Alkohol_im_Alter_2008.pdf [17.09.13, 15:00 Uhr]

Deutsche Hauptstelle für Sucht (2013): Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. Alkohol. In: http://www.unabhaengig-im-alter.de/fileadmin/user_upload/dhs/pdf/SubSt%C3%B6rungenAlter_web.pdf [16.09.13, 10:00 Uhr]

Deutsche Rentenstelle (2013): Rente Reha. Medizinische Rehabilitation. Es müssen bestimmte Voraussetzungen vorliegen. In: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rete_Reha/02_Rehabilitaton/02_leistungen/01_medizinisch/medizinische_reha_node.html#doc155058bodyText2 [18.11.13; 17:00 Uhr]

Deutsche Rentenstelle (2013): Rente Reha. Medizinische Rehabilitation. Kosten und finanzielle Absicherung. In: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rete_Reha/02_Rehabilitaton/02_leistungen/01_medizinisch/medizinische_reha_node.html#doc155058bodyText6 [18.11.13; 17:00 Uhr]

Diakonisches Werk Oberhessen (2013): Sucht- und Drogenberatung. Suchtinfos. Definition von Abhängigkeit. In: <http://www.suchtmr.de/index.php?id=140> [12.10.13, 16:15 Uhr]

Die Drogenbeauftragte der Regierung (2013): Drogen und Sucht. Alkoholsucht in Deutschland. In: <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-situation-in-deutschland.html> [13.09.13, 13:00 Uhr]

Die Drogenbeauftragte der Regierung (2013): Sucht im Alter Löbau. Kurzbeschreibung. Modellprojekt Löbau. In:

http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/Kurzbeschreibung_Sucht_und_Alter_Loebau_101020_Drogenbeauftragte.pdf

[19.11.13, 19:40 Uhr]

Duden (2013): Alter. In: http://www.duden.de/rechtschreibung/Alter_Lebensabschnitt [21.10.13, 17:00 Uhr]

Fachverbund Sucht e.V. (2013): Fachinformation. Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: www.sucht.de/tl_files/pdf/Fachinformationen/RKSuchtnachsorgeplusAnlage.pdf [17.11.13, 17:30]

Kommunaler Sozialverband Sachsen (2013): Über den KSV Sachsen. Aufgabenbereich. In: <http://www.ksv-sachsen.de/home/ueber-den-ksv-sachsen/aufgabenbereiche> [19.11.13, 16:50 Uhr]

Soziotherapieverbund Spessart (2013): Suchthilfe. Prävention S.T.A.R. In: <http://www.suchthilfe-spessart.de/qualitaet-star.php#> [19.11.13, 17:35 Uhr]

Soziotherapieverbund Spessart (2013): Suchthilfe. Soziotherapieverbund Spessart. In: <http://www.suchthilfe-spessart.de/index.php> [19.11.13, 16:00 Uhr]

Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda (2013): Behandlungskonzept. Therapie. In: <http://www.psychotherapeutische-klinik-bad-liebenwerda.de/behandlungskonzept/therapie/> [22.11.13, 20:35 Uhr]

Anhang

- A1 Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten
- A2 Verordnung von medizinischer Rehabilitation
- A3 Therapieplan, Fachkrankenhaus Hochweitzschen
- A4 Sozialdienstliche Aufnahme, Fachkrankenhaus Hochweitzschen
- A5 Jahresbericht 2012 der Suchtberatungs- und –behandlungsstelle Döbeln der Diakonie Döbeln

A1: Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Adresse und Stichwörter Datum: Unterschrift: Telefon-Nr.: Fax-Nr.: Datum:			Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten Für eine Rehabilitation, große klinische Versorgung oder sonstige Leistung Das Leistungsproblem / Diagnose(n) festgestellt Die aktuelle Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht Einbehalten der Versorgung am Kurort Alternative Versorgungsleistungen Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich Leistungen der medizinischen Versorgung haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg Eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch die Erkrankung besteht Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalls oder eines Berufskrankheitsfalls Rückruf durch die Krankenkasse erhalten unter Telefon-Nr.: Datum: Verbindliches Muster Original und Kopie an die Krankenkasse
Urschriftlich zurück an den Vertragsarzt Der Vorordnungsdruck der Krankenkasse liegt bei: Bitte Indikation für die Verordnung von Rehabilitation prüfen Bitte prüfen Sie, ob den medizinischen Erfordernissen für oben genannten Versicherten auch folgende Leistungen gerecht werden (Der Vorordnungsdruck liegt bei): Eine Leistung der Krankenkasse kommt nicht in Betracht, weil: der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist: (Der Antragsdruck liegt bei: Bitte entsprechend der für diesen Fall geltenden Regelungen den Antrag stellen) der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist: (Der entsprechende Antragsdruck liegt der Krankenkasse nicht vor) Kontaktaufnahme des Versicherten mit der Servicestelle erfolgt über: Telefon-Nr.: Datum: Der zuständige Träger ist bereits unterrichtet Ort: Datum: Beide Blätter an die Krankenkasse Original danach zurück an den Vertragsarzt			3. Korrektur 04.05.2004 Original und Kopie an die Krankenkasse Original nach 7.2004

[illegible]

Name, Vorname, Geburtsdatum	Geburtsort	Versicherungs-Nr.		
61 Teil B				
Freigabe 14.03.2008				
Verordnung von medizinischer Rehabilitation				
IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)				
A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)				
B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe				
	Wenig Beeinträchtigungen	Beeinträchtigungen mit Einschränkung der Alltagsbewältigung	Beeinträchtigungen mit erheblicher Einschränkung	Vollständige Beeinträchtigung
Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)				
Mobilität (z. B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armbefähigung, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Rutschen)				
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung, Aufräumen)				
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)				
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)				
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)				
Sonstige				
Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index)				
C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt				
Persönliches und familiäres Umfeld (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahstehenden Angehörigen)				
Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)				
Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)				
Verbindliches Muster				
Risikofaktoren				
Nikotin <input type="checkbox"/>	Alkoholkonsum <input type="checkbox"/>	Übergewicht <input type="checkbox"/>	Bewegungsmangel <input type="checkbox"/>	
Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch <input type="checkbox"/>		Sonstiges <input type="checkbox"/>		
Ausfertigung für die Krankenkasse				

Freigabe 14.03.2008

Verordnung von medizinischer Rehabilitation**V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation****A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und nichtärztliche Krankenausschließung und ähnliche)****B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)**

C. Heilmittel	In den letzten 12 Monaten durchgeführt		In den letzten 12 Monaten durchgeführt			In den letzten 12 Monaten durchgeführt		In den letzten 12 Monaten durchgeführt			In den letzten 12 Monaten durchgeführt		In den letzten 12 Monaten durchgeführt	
	N	J	N	J		N	J	N	J		N	J	N	J
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	N	J	N	J	Wärme-/Kältetherapie	N	J	N	J		N	J	N	J
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie)	N	J	N	J	Standardwerte	N	J	N	J		N	J	N	J
Traktionsbehandlung	N	J	N	J	Heilmittelkombinationen	N	J	N	J		N	J	N	J
Elektrotherapie	N	J	N	J	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	N	J	N	J		N	J	N	J
Inhalation	N	J	N	J	Ergotherapie	N	J	N	J		N	J	N	J

Hinweis zu der angegebenen Einschränkung:

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann?

E. Andere Maßnahmen	Ausgewertet		Ausgewertet			Ausgewertet		Ausgewertet	
	N	J	N	J		N	J	N	J
Physiotherapie	1	1	1	1	Ernährungsberatung	1	1	1	1
Rehabilitationsport/Funktionstraining	1	1	1	1	Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	1	1	1	1
Patientenschulung	1	1	1	1	Medizinische Versorgung	1	1	1	1

F. Sonstiges**VI. Rehabilitationsfähigkeit**

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

N

J

Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation

N

J

Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität

N

J

Der Patient ist motivierbar

N

J

VII. Rehabilitationsziele**A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf**
a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe

c) negativen Kontextfaktoren/Risikofaktoren

Verbindliches Muster

B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

Ausfertigung für die Krankenkasse

Modell 61 Teil C, F 2008

Name, Adresse, Versicherungsnummer _____	Abgeb. Nr. _____	Versicherten-Nr. _____	61 Teil D Freigabe 14.03.2008
---	---------------------	---------------------------	--

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der:

Schädigungen	3/1	2	Kontextfaktoren	3/1	2
Aktivitäten und Teilhabe	3/1	2	Ziel aus Sicht des Patienten/Angehörigen	3/1	2

IX. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klinische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, etc., fremdsprachliche Betreuungsangebote)

B. Reisefähigkeit

Öffentliche Verkehrsmittel ausreichend ☐ PKW erforderlich ☐ Krankentransport erforderlich ☐

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

Begründung: 3/1

D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig? 3/1

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert? 3/1

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitationsform: ambulante Rehabilitation ☐ stationäre Rehabilitation ☐

B. Inhaltliche Schwerpunkte

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

D. Vorliegende Befundberichte ☐ ja ☐ nein

E. Rückruf erbitten unter Telefonnummer _____ durch die Krankenkasse ☐ durch den MDK ☐

F. Besondere Hinweise

Verbindliches Muster

Für das Ausstellen dieser Verordnung ist die Nr. 01611 EBM berechnungspflichtig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

14.03.2008

Dr. med. habil. Dr. med. habil. Dr. med. habil.

A3: Therapieplan, Fachkrankenhaus Hochweitzschen

Therapieplan Station S2 – Gruppe 2				
FACHKRANKENHAUS für Psychiatrie und Psychotherapie BETHANIE Hochweitzschen				
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7.00 – 7.30 Frühstück (Pflegepersonal)	7.00 – 7.30 Frühstück (Pflegepersonal)	7.00 – 7.30 Frühstück (Pflegepersonal)	7.00 – 7.30 Frühstück (Pflegepersonal)	7.00 – 7.30 Frühstück (Pflegepersonal)
7.40 – 8.05 Alltagsbezogenes Training (Pflegepersonal)	7.40 – 8.05 Alltagsbezogenes Training (Pflegepersonal)	7.40 – 8.05 Alltagsbezogenes Training (Pflegepersonal)	7.40 – 8.05 Alltagsbezogenes Training (Pflegepersonal)	7.40 – 8.05 Alltagsbezogenes Training (Pflegepersonal)
8.05 – 8.55 Hirnleistungstraining (Psychologe oder Pflegepersonal)	8.05 – 8.30 Physiotherapie (Physiotherapeut)		8.30 – 8.55 Physiotherapie (Physiotherapeut)	
9.15 – 10.05 Gruppengespräch (Psychologe oder Arzt)	9.15 – 10.05 Sozialtherapeutisches Gruppengespräch (Sozialdienst)	9.30 – 10.20 Gruppengespräch (Psychologe oder Arzt)	9.15 – 11.15 Einzel-Viele	9.15 – 10.05 Gruppengespräch (Psychologe oder Arzt)
	10.45 – 11.35 Hirnleistungstraining (Psychologe oder Pflegepersonal)	10.35 – 11.00 Autogenes Training (Psychologe oder Arzt)		10.15 – 11.05 Autogenes Training (Psychologe oder Arzt)
		11.15 – 11.30 Stationengespräch (Psychologe, Sozialdienst, Pflegepersonal)		
		11.45 – 12.35 Teamgespräch (Arzt, Psychologe, Sozialdienst, Ergotherapeut, Pflegepersonal)		
11.35 – 12.10 Mittagsessen (Pflegepersonal)	11.35 – 12.10 Mittagsessen (Pflegepersonal)	11.35 – 12.10 Mittagsessen (Pflegepersonal)	11.35 – 12.10 Mittagsessen (Pflegepersonal)	11.35 – 12.10 Mittagsessen (Pflegepersonal)
12.10 – 13.00 Mittagsruhe	12.10 – 13.00 Mittagsruhe	12.10 – 13.00 Mittagsruhe	12.10 – 13.00 Mittagsruhe	12.10 – 13.00 Mittagsruhe
13.00 – 13.25 FMR (Pflegepersonal)	13.00 – 14.15 Gestaltungstherapie (Ergotherapeut)	13.00 – 14.15 Gartenarbeit (Ergotherapeut)	13.00 – 13.50 Hirnleistungstraining (Psychologe oder Pflegepersonal)	13.00 – 13.50 Kegeln (Pflegepersonal)
14.00 – 14.50 Kegeln (Pflegepersonal)			14.00 – 14.50 Gestaltungstherapie (Ergotherapeut)	

Therapieplan Station S2 – Gruppe 2/13.01.2019, 16.01/17.01

Seite 4 von 9



FACHKRANKENHAUS
für Psychiatrie und Psychotherapie
BETHANIE Hochelweitzschen

Therapieplan Station S2 – Gruppe 2

15.00 – 15.25 Vesper (Pflegepersonal)	15.00 – 15.25 Vesper (Pflegepersonal)	15.00 – 15.25 Vesper (Pflegepersonal)	15.00 – 15.25 Vesper (Pflegepersonal)
15.30 – 16.45 Gedächtnistherapie (Ergotherapie)	15.30 – 17.00 Behördengänge (in Eigenverantwortung des Patienten)	15.30 – 16.45 Keramik (Ergotherapie)	15.30 – 16.45 sportliche Betätigung / Gemeinschaftsspiele (in Eigenverantwortung des Patienten)
17.30 – 18.10 Abendbrot (Pflegepersonal)	17.30 – 18.10 Abendbrot (Pflegepersonal)	17.30 – 18.10 Abendbrot (Pflegepersonal)	17.30 – 18.10 Abendbrot (Pflegepersonal)
18.15 – 18.40 Alltagsbezogenes Training (Pflegepersonal)	18.15 – 18.40 Alltagsbezogenes Training (Pflegepersonal)	18.15 – 18.40 Alltagsbezogenes Training (Pflegepersonal)	18.15 – 18.40 Alltagsbezogenes Training (Pflegepersonal)
18.45 – 22.00 Freizeit (in Eigenverantwortung des Patienten)	18.45 – 22.00 Freizeit (in Eigenverantwortung des Patienten)	18.45 – 22.00 Freizeit (in Eigenverantwortung des Patienten)	18.45 – 22.00 Freizeit (in Eigenverantwortung des Patienten)

A4: Sozialdienstliche Aufnahme, Fachkrankenhaus Hochweitzschen



FACHKRANKENHAUS
für Psychiatrie und Psychotherapie
BETHANIE Hochweitzschen

Sozialdienstliche Aufnahme**Sozialdienstliche Aufnahme****Aufnehmender:**

Name:

Tel.:

Sozialdienst
Fachkrankenhaus BETHANIE Hochweitzschen
04720 Großweitzschen
OT Hochweitzschen
Tel.: 034 51-658-0

Wohnsituation:

MUSTER

Angehörige / Kontaktpersonen:

Tel.:

Kinder:

Betreuer:

Vorgevollmacht:

Info darüber:

Bisherige Behandlungen

/

med. Rehabilitationen

/

Teilhabe am Arbeitsleben

amb. FA:

amb. PT:

Beratung / SHG / SBB etc.:

Schulabschluss:

Beruf:

Tätigkeit / Arbeitgeber:

Aufnahmebescheinigung: bis:

am:

an: Pat. ausgehändigt / AG / KK / BAA / Jobcenter /

Einkommen: Lohn / ALGI / ALGII / KG / KIG / Unterhalt / BAföG / BAB / Rente /

Bemerkungen:

Sozialdienstliche Aufnahme

Zuzahlungsbefreiung: nein ja beantragt:

Schwer- / Behinderung:

Pflegestufe:

Pflegedienst:

Schulden:

Schuldnerberatung:

Führerschein:

Gerichtsverfahren / Haftstrafe / Bewährung:

Bemerkungen (Hobbys / Freizeitaktivitäten etc.):

Aktuelle soziale Probleme / Sozialtherapeutische Behandlungsziele und Aufgaben:

Fahrweg

- Nur für Tagesklinik -

PKW: selbst durch Angehörige

Öffentliche Verkehrsmittel:

Taxi:

Entlassung am:

A5: Jahresbericht 2012 der Suchtberatungs- und –behandlungsstelle Döbeln der Diakonie Döbeln



**Jahresbericht 2012
der
Suchtberatungs- und -behandlungsstelle
(SBB) Döbeln der Diakonie Döbeln,
Diakonisches Werk im Kirchenbezirk e. V.**

Gliederung

1. Grundsätzliches zur Arbeitsweise der SBB
2. Zielgruppen
3. Vernetzung
4. Aufgaben der Basis- und Grundversorgung der SBB ¹
 - 4.1. Beratung und Betreuung
 - 4.2. Beratung von ehrenamtlichen Helfern, Selbsthilfegruppen
5. Zusätzliche Aufgaben der SBB: Beratung von Konsumenten illegaler Drogen
6. Prävention, Öffentlichkeitsarbeit und Multiplikatorenschulung
7. Qualitätssicherung
 - 7.1. Strukturqualität
 - 7.2. Prozessqualität und Ergebnisqualität

*Ein Mensch schaut in der Zeit zurück und sieht: Sein Unglück war sein Glück.
Eugen Roth*

Jahresrückblick halten bedeutet, Bewährtes in Erinnerung zu rufen und zu würdigen, Veränderungen wahrnehmen und in Bedeutungen zu setzen und kritische Rückschlüsse auf mögliche bedarfsgerechte Entwicklungen zu ziehen.

Das Jahr 2012 war in der SBB gekennzeichnet von Umbrüchen und Veränderungen sowie neuen Herausforderungen.

1. Grundsätzliches zur Arbeitsweise der SBB

Die SBB der Diakonie Döbeln, Diakonisches Werk im Kirchenbezirk e.V., versteht sich als ambulantes Kompetenzzentrum der Suchtkrankenhilfe in der Region Döbeln und als festes Bindeglied im sozialpsychiatrischen Verbund. Den Kernbereich der Arbeit bilden die Aufgaben der Basis- und Grundversorgung der SBB entsprechend der Empfehlung des SMS.

Die SBB der Diakonie Döbeln arbeitet seit 1991 auf der Grundlage ihrer Konzeption und des Versorgungsvertrages mit dem Landkreis. Kernpunkte der Tätigkeit sind:

- die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung der Betroffenen in der Region Döbeln des LK Mittelsachsen
- die Betreuung der Betroffenen im gemeindenahen Verbund
- die Hilfe zur Selbsthilfe
- Prävention und Öffentlichkeitsarbeit
- die Beachtung des Haushaltsgrundsatzes der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit durch die SBB

Neben den Angeboten der Grundversorgung realisierten die Mitarbeiter der SBB 2012 auch Aufgaben der Zusatzversorgung:

- mobile Beratung von Konsumenten illegaler Drogen

¹ Empfehlung des SMS für SBB aus Arbeitshilfe Psychiatrie / Sucht von 1999

2. Zielgruppen

Die SBB ist eine integrierte Beratungsstelle (alle abhängigen Verhaltensweisen und Konsum von Suchtstoffen einschließlich illegaler Drogen). Die folgenden Zielgruppen wurden 2012 erreicht:

Betroffene, Angehörige und andere Bezugspersonen sowie Multiplikatoren

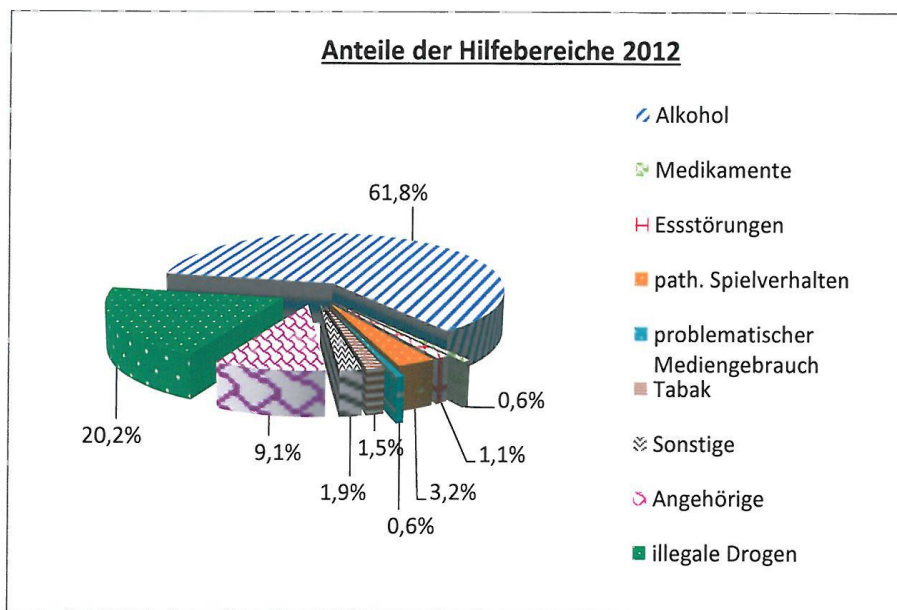


Abbildung 1

Die Anzahl der Klienten (insgesamt) und alle statistisch relevanten Zahlen werden in der **Anlage 1** im standardisierten Jahresbericht dargestellt. Der Anteil der Betroffenen mit Alkoholproblemen war mit 291 wieder am größten, gefolgt von Betroffenen mit Drogenproblemen (95 Klienten) und Angehörigen (43 Klienten). Die Verteilung von betroffenen Männern und Frauen beträgt etwa 2,7 : 1.

Als weitere Zielgruppen sprachen in der SBB 5 von Essstörungen Betroffene, 15 Betroffene mit dem Anliegen des pathologischen Glücksspiels, 3 Klienten mit problematischem Mediengebrauch, 7 mit Symptomen einer Tabakabhängigkeit und 3 Medikamentenabhängige vor. Diese Zielgruppen nehmen zwar einen zahlenmäßig geringen Anteil ein, aber aus Sicht der SBB ist es wichtig, dass Betroffene wohnortnah eine Erstberatung finden können. Von den 471 Klienten begannen 225 ihren Beratungsprozess, das sind ca. 48 %.

Die Außenstelle in Roßwein und die Außensprechstunden in Waldheim und Leisnig haben für die Versorgung der Bevölkerung mit Angeboten der Suchtkrankenhilfe weiterhin eine große Bedeutung. Die Nachfrage und Auslastung ist durch die Niederschwelligkeit als hoch anzusehen. **Durch die Umstrukturierung der Suchtkrankenhilfe im Nördlichen Teil des Landkreises Mittelsachsen verschlechterte sich die Versorgungssituation der von Sucht betroffenen Menschen erheblich.** Das Nichtbesetzen bzw. das Besetzen erst im Mai 2012 der freigewordenen Stelle sind dafür verantwortlich. Dadurch entstanden Beziehungsabbrüche und eine erhebliche Mehrbelastung der Mitarbeiter der SBB. Die SBB Döbeln arbeitete daher mit einer jahresdurchschnittlichen Besetzung von 2,88 VZÄ. Die präventive Arbeit wurde zugunsten der Arbeitsfähigkeit in der SBB zurückgebaut. Der gestiegene Anteil von Konsumenten illg. Drogen zeigt, dass die Integration in die SBB für diese Gruppe gelungen ist.

3. Vernetzung

Die SBB arbeitete - unter Beachtung des Datenschutzes - mit anderen Einrichtungen, Ämtern und Institutionen eng zusammen. Insbesondere war Klienten bezogene Kooperation mit den folgenden Einrichtungen ein wichtiger Arbeitsschwerpunkt:

Fachkrankenhäuser: Es erfolgte eine außerordentlich vorbildliche Vernetzung mit dem Fachkrankenhaus Bethanien in Hochweitzschen. Die sehr gute Zusammenarbeit drückt sich in einer hohen Vermittlungsquote in die stationäre Entzugsbehandlung aus. Die Mehrzahl der Klienten wurde nach Hochweitzschen vermittelt. 10 % aller Neuzugänge in die SBB der Diakonie Döbeln wurden durch den Sozialdienst des FKH Hochweitzschen vermittelt. Die anderen FKH Wermsdorf und Diakoniewerk Zschadraß haben für unsere SBB eine geringere Bedeutung.

Amt für Arbeit und Beschäftigungsförderung Döbeln:

In derselben Art und Weise, wie im letzten Jahr beschrieben, konnte mit dem AfAB zusammen gearbeitet werden. Fallmanager und Casemanagerinnen nutzten die Rahmenbedingungen (Schweigepflichtsentbindung und Beratungsgutscheine) mit zunehmender Sicherheit. Die Casemanagerinnen Frau Ort und Frau Greif können an dieser Stelle hervorgehoben werden.

Gesundheitsamt (SPDI): Es erfolgte eine enge Zusammenarbeit und Absprache in der Einzelfallhilfe mit Einverständnis der Betroffenen, sowie gemeinsame Fallbesprechungen. Die Zusammenarbeit mit dem Psychiatriekoordinator, Herrn Gröll, welche sich neben fachlichem Austausch, gemeinsamen Planungs- und Bilanzgesprächen sowie Fallbesprechungen in verschiedenen Rahmen auszeichnete, ist hier besonders zu erwähnen.

Jugendamt: Die Zusammenarbeit in der Einzelfallhilfe mit Einverständnis der Betroffenen entwickelte sich weiter. Für den gesamten ASD des Jugendamtes des Landkreises führte die SBB Döbeln eine Weiterbildung zum Thema Crystal durch. 2012 war hier eine **deutliche Zunahme** der Zusammenarbeit zur Abwendung bzw. Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen zu beobachten.

Niedergelassene Ärzte/Psychotherapeuten: 0,89 % der Betroffenen kamen vermittelt durch niedergelassene Ärzte in die SBB. Die Vermittlungsquote ist 2012 gesunken, die sonstige Zusammenarbeit im ganzheitlichen Sinne ist mit einigen Ärzten der Region sehr gut.

Mitarbeiterinnen der Bewährungshilfe und Zusammenarbeit mit Jugendgerichtshilfe Döbeln: Die gute Zusammenarbeit mit den MitarbeiterInnen zur SBB entwickelte positiv weiter. Es fanden Arbeitsberatungen und gemeinsame Hilfeplanungsgespräche (auf Wunsch der Klienten) statt.

Weitere Kooperationspartner waren:

- Führerscheinstelle Döbeln
- Amtsgericht Döbeln
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft des Landkreises (Diakonie als stimmberechtigtes Mitglied) und Unterausschuss Suchtprävention / Suchtkrankenhilfe
- Jugendhilfeausschuss des Landkreises, u.a. Unterausschuss Jugendhilfeplanung
- Kostenträger (Rentenversicherungsträger, Krankenversicherung u.a.)
- TÜV Thüringen mit Außenstelle in Döbeln
- Justizvollzugsanstalten, Betreuer, Rechtsanwälte
- Vernetzung in der Klientenarbeit mit den MitarbeiterInnen von div. Träger der HZE
- Beratungsdienste der Diakonie Döbeln, Schuldner-, Familienberatung etc.
- Fachhochschule Mittweida, Fachbereich Sozialwesen (Praktikantenbetreuung)

4. Aufgaben der Basis- und Grundversorgung der SBB ²

4.1. Beratung und Betreuung

Kontaktaufnahmen

Über EBIS wurde der Zugang zur SBB dokumentiert. **Ohne Vermittlung erreichten 48 %** der Klienten die SBB. Das spricht, verbunden mit dem hohen Anteil **(15 %) der durch die Familie vermittelten** Klienten, für einen hohen Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung und kann als Vertrauensbeweis angesehen werden. Weitere wichtige Vermittlungspartner sind:

2012		Auswahl nach Anteil
Anzahl	%	
7	3,11	Arbeitgeb./Betrieb/Schule
2	0,89	Ärztliche/psychotherap.Praxis
23	10,22	Krankenhaus(abteilung)
2	0,89	Station. Rehaeinrichtung
25	11,11	AfAuB
2	0,89	Straßenverkehrsbehörde
7	3,11	Justizbehörde/Bewährungshilfe
1	0,44	Kosten-/Leistungsträger z.B. DRM

Die SBB bietet Beratung in der Hauptstelle in Döbeln sowie in der Außenstelle Roßwein bzw. den Außensprechstunden in Leisnig und Waldheim an. Weiterhin steht ein Anrufbeantworter außerhalb der Öffnungszeiten bereit. Durch Terminabsprachen limitieren die Mitarbeiter die Wartezeiten und garantieren eine optimale Ausnutzung der Arbeitszeit. Die SBB garantiert einen Termin für ein Erstgespräch innerhalb einer Arbeitswoche. Die Terminvergabe über Outlook erleichtert das Finden möglicher Termine.

Im Berichtszeitraum wurden 2 Beratungsprozesse über das Internetberatungsportal der Diakonie begonnen, die Mitarbeiter stehen dem Medium Internet offen aber kritisch (Datenschutz) gegenüber. Klienten nutzen in zunehmendem Maß die Kommunikationsmöglichkeit via E-Mail zur SBB.

Die Anzahl der Klienten, die nach SGB II § 16 Hilfeplan des Amtes in die SBB vermittelt wurden, stieg auf 32 Klienten. Diese klientenorientierte Zusammenarbeit erleben die Mitarbeiter der SBB als sehr konstruktiv.

13 Klienten mit Migrationshintergrund wurden 2012 beraten. Dabei fiel auf, dass zunehmend Klienten aus dem arabischen Raum in die Suchtberatung kommen. In der SBB stehen Mitarbeiter mit russischen und englischen Sprachkenntnissen zur Verfügung.

Beratungsprozess

Von den 471 Klienten waren 225 Neuzugänge. Lediglich 22 Neuzugänge beendeten die Beratung nach dem ersten Kontakt, entweder weil sie ihr Anliegen in diesem einen Gespräch klären konnten, oder weil sie sich (oft aus sehr persönlichen bzw. störungsimmananten Gründen) auf weitere Kontakte zur SBB noch nicht einlassen wollten/konnten. Für die Mehrzahl der Klienten entwickelte sich aber ein kontinuierlicher Beratungsprozess mit durchschnittlich 5 Sitzungen (à 50 min). In dieser Entwicklung findet die Strukturierung der Beratungsprozesse mit dem Modulsystem ihren Ausdruck und die Beziehungsstabilität (durch Personalstabilität) sowie die Entwicklung der Effektivität der Beratung.

² Empfehlung des SMS für SBB aus Arbeitshilfe Psychiatrie / Sucht von 1999

Der Beratungsprozess beginnt in der Regel mit dem Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung und der psychosozialen Diagnostik sowie Information. Es schließt sich die individuelle Hilfeplanung gemeinsam mit dem Betroffenen an (Modul 1). In regelmäßigen Abständen wird der Prozess durch Supervisionen und Fallbesprechungen begleitet.

Tendenziell beobachtete die SBB:

- **Mit der Reduzierung des Stellenumfangs (-0,45 VZÄ) ging ein erheblicher Rückgang der versorgten Klienten einher (ca. 100 Klienten weniger als 2011)**
- **ein hoher Anteil der Klienten gab als Einkommen Arbeitslosengeld II an 45 %**
- **ein erheblicher Anteil der Klienten 32,5 % wurde im Zusammenhang mit der Suchterkrankung strafrechtlich auffällig. 20,2 % aller aktuellen Klienten hatten eine Verurteilung im Bereich des Verkehrsstrafrechtes. 8,7% aller akt. Klienten haben Suchttherapie als Bewährungsaufgabe.**
- **im Berichtsjahr verstarben 5 Klienten an den Folgen der Erkrankung**

Die Zunahme sozialer Problemlagen (z.B. Verschuldung, veränderte Einkommenssituation durch ALG II, Langzeitarbeitslosigkeit, soziale Verwahrlosung, strafrechtliche Problemlagen, Kindeswohlgefährdung, innerfamiliäre Gewalt usw.) hat einen erhöhten allgemein sozialen Beratungsaufwand zur Folge. Der Bezug von ALG II stellt für viele Klienten eine besondere Herausforderung dar. Eine enge Vernetzung erfolgte mit dem Amt für Arbeit und Beschäftigungsförderung, dem Jugendamt sowie mit den SozialarbeiterInnen der Beratungsdienste der Diakonie und der Schuldnerberatung der Diakonie Döbeln.

Nach stationären Behandlungen ist die berufliche Eingliederung Betroffener ein abstinenz- und veränderungsstabilisierender Faktor. Wir sehen es sehr positiv an, dass Betroffene MAE-Maßnahmen erhalten oder an einer Integrationsmaßnahme teilzunehmen. Für die Region Döbeln besteht aus Sicht der SBB Bedarf an einer spezifischen Eingliederungshilfe für alkoholranke Menschen, die aktiv an der Bewältigung ihrer Suchterkrankung arbeiten. Tagesstrukturierende Angebote für chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholranke könnten, eine wesentliche Verbesserung der Lebensqualität dieser Menschen darstellen.

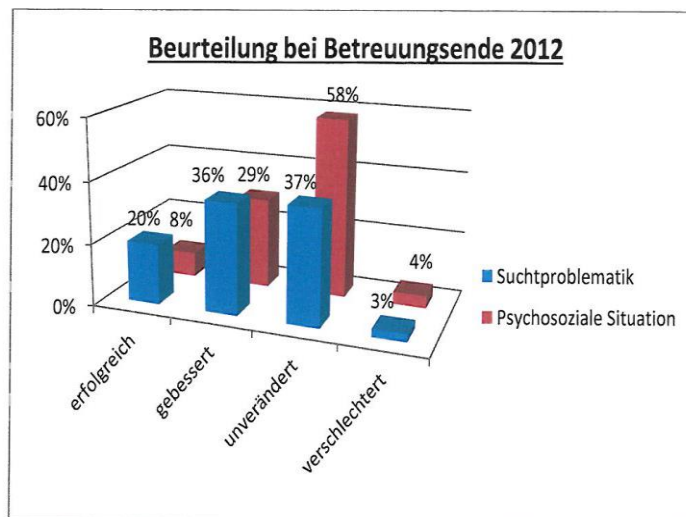
Der Altersbereich aller Ratsuchenden im Jahr 2012 lag zwischen 14 Jahren und 67 Jahren. Der Schwerpunkt, bezogen auf das Lebensalter der Klienten, liegt zwischen dem 40igsten und 49igsten Lebensjahr. Eine signifikante Veränderung gegenüber den Vorjahren ergab sich kaum.

Die Verteilung nach Altersgruppen

01 - 14 Jahre	0,21%
15 - 17 Jahre	1,49%
18 - 19 Jahre	1,27%
20 - 24 Jahre	7,64%
25 - 29 Jahre	15,29%
30 - 39 Jahre	21,44%
40 - 49 Jahre	28,87%
50 - 59 Jahre	20,17%
über 60 Jahre	3,61%

Nach Abschluss der Beratung wird über EBIS die Symptomatik bei Betreuungsende erfasst. Es wird deutlich, dass die Suchtsymptomatik für ca. 56 % aller Klienten, deren Betreuung 2012 endete, als „abstinente“ oder „gebessert“ beurteilt wurde. Aus der Erfassung der psychosozialen Situation wurde deutlich, dass neben der symptomatischen Verbesserung, diese für 58 % aller Klienten unverändert blieb. Dabei steht besonders die berufliche

Unzufriedenheit der Klienten im Mittelpunkt und ihre Chance, auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Tätigkeit zu finden.



Vorbereitung stationärer Behandlungen und Begleitung während dieser Therapien

Im Jahr 2012 konnten 34 Betroffene in stationäre Entgiftungsbehandlungen in psychiatrische Fachkliniken vermittelt werden. Die Vermittlung erfolgte auch 2012 ausschließlich in psychiatrische Fachkliniken. Die qualifizierte Entzugsbehandlung stellt für die Betroffenen die adäquate Behandlung dar.

Für insgesamt 17 Klienten wurde eine stationäre und für 1 Klienten eine ambulante Alkoholentwöhnungsbehandlung bewilligt. 5 Drogenabhängige erhielten über die SBB eine Drogentherapieusage. 2012 wurde für keinen Spieler eine Behandlung beantragt. 2 Klientinnen wurden in eine Behandlung für Essstörungen vermittelt.

Ambulante Nachsorge/Nachbetreuung

Nach einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung in einer Fachklinik gilt es, den Behandlungserfolg im Alltag des Menschen zu sichern. Diese empfohlene Nachsorge wurde für 17 Klienten als Einzelbegleitungen angeboten (vergl. stand. Jahresbericht „begonnene Leistungen“). Das Ziel ist es, auf der Grundlage einer zufrieden stabilen Abstinenz, neue Lebensinhalte zu finden und so die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu realisieren.

Das Gruppenprogramm zur Rückfallprävention (STAR), welches erfolgreich seit 2004 im Angebot der SBB zur Nachsorge ist, wurde im Berichtszeitraum mit 23 Veranstaltungen mit insgesamt 134 Teilnehmern durch Herrn Bayer durchgeführt. Die Gestaltung des Gruppenangebotes als offene Gruppe hat sich bewährt und wird 2013 fortgesetzt.

Aufsuchende und nachgehende Sozialarbeit sowie Krisenintervention

Die aufsuchende und nachgehende Tätigkeit umfasste 2012 im Wesentlichen:

- Begleitung der Klienten bei Behördengängen und Arztbesuchen
- 26 Hausbesuche wurden nach strenger Indikationsstellung durchgeführt

Weitere Aspekte der aufsuchenden und nachgehenden Sozialarbeit ergaben sich mit dem zusätzlichen Angebot der mobilen Drogenberatung.³

³ siehe dazu Gliederungspunkt: Beratung von Konsumenten illegaler Drogen

Auch im Jahr 2012 wurde das Gruppenprogramm „Das Rauchfrei Programm“ in 2 Durchgängen mit 7 Teilnehmern unter therapeutischer Anleitung durch Herrn Bayer erfolgreich durchgeführt.

Die Sprechstunde für alkohol- bzw. drogenauffällige Kraftfahrer wurde im Berichtszeitraum 12-mal angeboten, jedoch nur 7-mal wahrgenommen. Die Anzahl der Teilnehmer ging ebenfalls zurück. Dies erklären wir mit der Vielzahl der Angebote in diesem Bereich.

4.2. Beratung von ehrenamtlichen Helfern und Selbsthilfegruppen

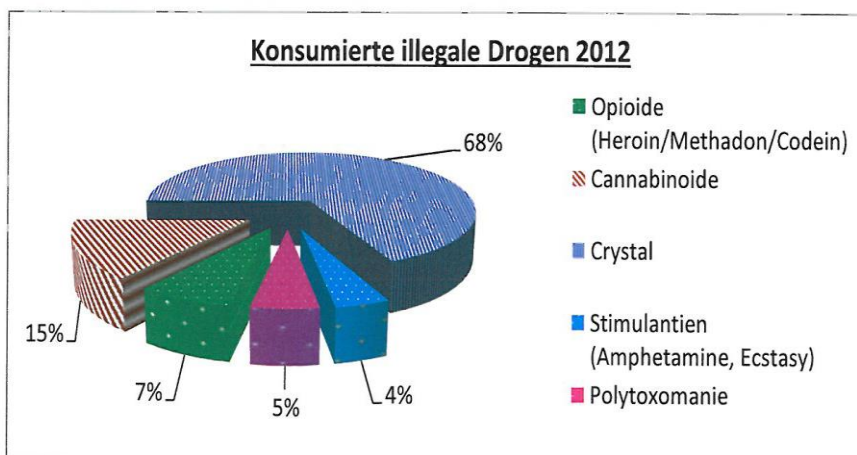
Von der SBB wurden im Jahre 2012 verschiedene Selbsthilfegruppen begleitet:

- „Freundeskreis“, Selbsthilfegruppe für Alkohol- oder Medikamentenabhängige
Döbeln
jeweils 18 Uhr freitags im Haus der Diakonie Döbeln
- Selbsthilfegruppe für Alkohol- und Medikamentenabhängige
Hartha
jeweils 14-tägig freitags in der Sozialstation der Diakonie Hartha
- Selbsthilfegruppe für Alkohol- und Medikamentenabhängige
Leisnig
jeweils 14-tägig montags im Seniorenklub Leisnig
- Gruppe für Angehörige Alkohol- und Medikamentenabhängiger
Döbeln
jeweils am 1. Montag eines Monats im Haus der Diakonie Döbeln

Außerdem wurde die Motivationsgruppe in Roßwein weitergeführt, die Betroffenen aus der Region Hilfe zur Selbsthilfe anbietet (jeweils 14-tägig dienstags im Seniorenheim Roßwein).

5. Zusätzliche Aufgaben der SBB ⁴: Mobile Beratung von Konsumenten illegaler Drogen

Seit Januar 2002 bietet die SBB im Auftrag des LK Mittelsachsen für die Region Döbeln ein zusätzliches mobiles Beratungsangebot (20 Wochenstunden) für Konsumenten illegaler Drogen an. Es handelt sich um eine Leistung des Landkreises, die eine Ergänzung der ambulanten Suchtkrankenhilfeangebote für diese spezielle Zielgruppe darstellt. Im Jahr 2012 wurden 95 Betroffene im Zusammenhang mit einer Drogenproblematik beraten und betreut.



⁴ Empfehlung des SMS für SBB aus Arbeitshilfe Psychiatrie / Sucht von 1999

Die Mitarbeiter der SBB, incl. mobiler Drogenberatung beobachteten:

- der Anteil der Konsumenten von Stimulantien liegt bei 68 % bezogen auf die Gesamtzahl der Drogenkonsumenten Die Substanz Crystal stellt eine große Herausforderung für die Beratung dar.
- der Anteil der Konsumenten von Cannabinoiden liegt bei 15 % bezogen auf die Gesamtzahl der Drogenkonsumenten
- der Anteil der Konsumenten von Opioiden liegt bei 7 % bezogen auf die Gesamtzahl der Drogenkonsumenten
- polytoxikomanische Konsummuster (5 %) treten vermehrt auf.

Die regelmäßig Aufsuchende Tätigkeit des Beraters in jugendgemäßen Treffpunkten (z.B. Jugendclubs, Schulen, Ausbildungseinrichtungen) wurde reduziert, um die in die Beratungsstelle kommenden Drogenkonsumenten adäquat zu versorgen. Die Anzahl der Drogenkonsumenten die das Beratungsangebot der SBB nutzten blieb stabil. Der prozentuale Anteil wurde sogar höher. Die Außensprechstunden und Außenstellen wurden dazu sehr oft genutzt.

Die Drogenberatung ist nicht mit der klassischen Beratungsarbeit zu vergleichen. Eine akzeptierende Grundhaltung ist zur Kontaktherstellung und -haltung unverzichtbar. Hier wird ein Multiplikatoreffekt deutlich – so kommen durch beratene Jugendliche und junge Erwachsene weitere nach. Die Module werden vergleichbar angewendet und sorgen so für Transparenz der Arbeit.

In der Einzelberatung von Drogenkonsumenten fiel auf, dass sie häufig mit multiplen Problemen belastet sind. Schwere psychiatrische Miterkrankungen führten oft zu fehlenden oder abgebrochen Schulabschlüssen bzw. Berufsausbildungen. Zudem habe viele wenig positive Erfahrungen mit dem Wert Arbeit und der eigenen Leistungsbereitschaft. Strafrechtliche Auffälligkeiten stellten eine weitere Herausforderung für Hilfe und entsprechende Möglichkeiten dar. Drogenklienten hatten oft gerichtliche Bewährungsaufgaben.

Eine Gruppe von Konsumentinnen illg. Drogen wurde auch 2012 verstärkt beraten. Bei dieser handelt es sich um junge Mütter mit kleinen Kindern bzw. Schwangere. Hier kam die gute Vernetzung mit dem Jugendamt Außenstelle Döbeln zum tragen. Für diesen Personenkreis ist es eine besondere Herausforderung stationäre Behandlungsformen zu finden. Entzugsbehandlungen setzen die Unterbringung des Kindes voraus, Entwöhnungsbehandlungen mit Kleinkindern sind durch die fehlenden Kapazitäten in den Kliniken mit langen Wartezeiten verbunden. Dies erfordert erhebliche Anstrengungen zur Aufrechterhaltung der Behandlungsmotivation.

Im Sinne einer optimalen Vernetzung arbeitet der Drogenberater mit folgenden Partnern zusammen:

- Herkunftsfamilien, Bezugspersonen
- Ärzte, Krankenhäuser, Fachkliniken, Kostenträger
- Amt für Arbeit und Beschäftigungsförderung
- Schulen, Ausbildungseinrichtungen
- Träger der Jugendhilfe, Jugendberatungsstellen
- Jugendgerichtshilfe, Bewährungshilfe, Sozialer Trainingskurs

6. Prävention, Öffentlichkeitsarbeit und Multiplikatorenschulung

Die Tätigkeit der SBB im Bereich der Prävention erfolgte in Abstimmung mit der Koordinationsstelle für Suchtprävention des Landkreises. (Veranstaltungsnachweis als **Anlage 3**) Insgesamt nahmen 729 Teilnehmer an 38 Veranstaltungen teil, davon waren 23 Veranstaltungen im Rahmen der Drogenstelle.

Die Mitarbeiter der SBB unterstützten die im Bereich der Primärprävention tätigen Multiplikatoren in Schulen und anderen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche durch Beratung sowie durch die Mitwirkung bei primärpräventiven Veranstaltungen.

Im Bereich der Sekundärprävention wurde die SBB insbesondere durch die Angebote im Projekt der mobilen Drogenberatung aktiv. Das Projekt „Mixed“ wurde in den Städten und Gemeinden der Region angeboten und durch die Jugendlichen gut angenommen.

Das Angebot der SBB mit Anschrift und Sprechzeiten wurde regelmäßig in der regionalen Presse veröffentlicht. Im Zusammenhang mit Höhepunkten in der Arbeit der SBB, erschienen Artikel, in denen über die Angebote der SBB berichtet wurde (**Anlage 3** Veröffentlichungen 2012). Darüber hinaus wurde durch Informationsschriften (Faltblätter) auf das Angebot der SBB hingewiesen.

Die Suchtberatungsstelle präsentiert sich via Internet auf der Homepage der Diakonie Döbeln, sowie über verschiedene Internetpräsenzen (FH Mittweida allgemeine Suchtberatung, Uni Leipzig Beratung bei verändertem Essverhalten, Beratungsportal der Diakonie usw.)

7. Qualitätssicherung

Die Suchtberatungsstelle der Diakonie Döbeln bemühte sich auch 2012 im Rahmen ihrer Möglichkeiten um Qualitätssicherung ihrer Arbeit. Es wurde das Handbuch auf aktuellem Stand gehalten. (einschbar in der SBB)

7.1. Strukturqualität

Standort, Versorgungsgebiet und Erreichbarkeit

Die SBB bietet allen Bewohnern in der Region Döbeln des LK Mittelsachsen ambulante Suchtkrankenhilfe an. Standort, Erreichbarkeit und Öffnungszeiten sind in der Konzeption beschrieben und werden regelmäßig veröffentlicht.

Um die Versorgung entsprechend des Versorgungsvertrages in der Region Döbeln zu sichern, bot die SBB eine Außenstelle in Roßwein und Außensprechstunden in Leisnig und Waldheim an. Diese Angebote werden sehr gut angenommen.

Organisations- und Personalstruktur

Durch die spätere und geringere Besetzung der freigewordenen Stelle, wurde der Versorgungsschlüssel auf ca. 1 Fachkraft für 30.000 Einwohner des Versorgungsgebietes für den Bereich der Basis- und Grundversorgung besetzt. Dies stellt eine deutliche Verschlechterung im Vergleich zum Vorjahr dar. Für das Zusatzangebot der Beratung von Konsumenten illegaler Drogen steht eine Fachkraft mit 0,5 VZÄ zur Verfügung. Diese Verschlechterung des Versorgungsschlüssels führt zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgung der Betroffenen. Ein weiterer Abbau würde die Arbeitsfähigkeit der SBB gefährden und somit eine fachgerechte Versorgung der Bevölkerung erheblich erschweren. Perspektivisch ist hier dringend ein Ausbau qualitativ und quantitativ erforderlich. Dabei sollte ein Versorgungsschlüssel von 1:20000 ohne Drogenstelle angestrebt werden.

Im Jahre 2012 war die SBB kontinuierlich durch 3 Fachkräfte (ab Mai 4) besetzt (3,05 VZÄ). Im Jahresdurchschnitt ergibt sich eine Besetzung von 2,88 VZÄ. Unterstützt wurde das Team durch 4 Praktikanten, die entsprechend fachkundig angeleitet wurden.

7.2. Prozessqualität und Ergebnisqualität

Zur Sicherung der Prozessqualität führten die Mitarbeiter der SBB in der Regel wöchentlich Team- und Fallbesprechungen (221 Teamfallbesprechungen 2012) durch, nahmen an suchtspezifischen Fortbildungen entsprechend einer Fortbildungsplanung (**Anlage 4**) und an 5 externen Supervisionen zu je 4 x 45 min mit der anerkannten Supervisorin, Frau Weismann teil (**Anlage 5**). Fallbesprechungen erfolgten auch mit anderen Institutionen im Sinne von Vernetzung (6 Veranstaltungen 2012) und gemeinsamer Hilfeplanung (z.B. SPDI, Tagesklinik Döbeln, Betreuer, Jugendamt usw.)

Für die Weiterbildung der Mitarbeiter durch Selbststudium steht entsprechende Fachliteratur und eine Fachzeitschrift „Sucht“ zur Verfügung bzw. wurde im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten angeschafft.

Der Sicherung der Prozessqualität und einiger Elemente der Ergebnisqualität dient außerdem die Dokumentation der Tätigkeit der SBB:

- Einrichtungsbezogenes Informationssystem (EBIS),
- handschriftliche Gesprächsnotizen (u. a. Anamnesen, Tests),
- jährliche Berichte über die Tätigkeit der SBB.

Döbeln, 31.01.2012


Thomas Richter
Geschäftsführer Diakonie Döbeln
Leiter der Beratungsdienste


Martin Creutz
Leiter der SBB

Anlagen:

1. Standardisierter Jahresbericht SBB
2. Präventionsveranstaltungen
3. Veröffentlichungen
4. Weiterbildung Mitarbeiter
5. Supervision
6. Newsletter, Module
7. Jugendhilfeplanung
8. Berichte der Selbsthilfegruppen

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt haben.

Waldheim, 29. November 2013

Radke, Nicole